



Licencia Medica

Nº3 Folio: 22216332-3

OPERADOR: 4

SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiario de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	77951528-1	411570
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION
1- OTORGADA	06-09-25 11:25	10100	65082446-6		
TIPO LIQUIDACION					

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VARELA	MEDINA	VALERIA DENISSE	16766863-1	37	F
--------	--------	-----------------	------------	----	---

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
06	09	25
Dia	Mes	Ano

FECHA INICIO DE REPOSO		
10	09	25
Dia	Mes	Ano

N DE DIAS		
30		

N DE DIAS EN PALABRAS		
TREINTA		

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

MARTINEZ	VARELA	BAUTISTA	28650481-7	FECHA DE NACIMIENTO
----------	--------	----------	------------	---------------------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 4
 1=Enfermedad o Accidente Comun
 2=Prorroga Medicina Preventiva
 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año
 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
 6=Enfermedad Profesional
 7=Patología del Embarazo

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO		1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA CALLE TRES NORTE 855 72 SAN PEDRO DE LA PAZ			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 968951794			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SILVA	FRITZ	CAROLL ELIZABETH	10668146-5
-------	-------	------------------	------------

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

PEDIATRIA	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	8275	CSILVAFRITZ@GMAIL.COM
-----------	---	-------------------------------------	------	-----------------------

ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

Libertador General Bernardo O'Higgins 236 #1404 # Concepcion chile	412723350	
---	-----------	--

DIRECCION TELEFONO FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------

DIAGNOSTICO PRINCIPAL OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLINICOS

--

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	VALERIAUCSC@GMAIL.COM				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO EMAIL TRABAJADOR