



Licencia Medica

Nº3 Folio: 22566892-2

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 | 9715173-3 | 116029 | | |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA | 28-10-25 12:12 | 10100 | 65082446-6 | | | | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|------------------|------------------|--------------|------------|------|------|
| VERGARA | FUENTES | RAÚL ENRIQUE | 14411394-2 | 50 | M |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |

| |
|------------------------|
| FECHA EMISION LICENCIA |
| 28 Dia 10 Mes 25 Año |

| |
|------------------------|
| FECHA INICIO DE REPOSO |
| 29 Dia 10 Mes 25 Año |

| |
|-----------|
| N DE DIAS |
| 6 |

| |
|-----------------------|
| N DE DIAS EN PALABRAS |
| SEIS |

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 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

| | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|---|--------------|
| RECUPERABILIDAD LABORAL | 1=Si 2=No | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | 2 | 1=Si 2=No |
| FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | TRAYECTO | 1=Si 2=No | | |
| FECHA DE LA CONCEPCION | | | | |

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 1 PJE 9 VALLE DEL SOL 372 CHIGUAYANTE | | | |
| TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 963137370 | | | |

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|------------------|------------------|--------------|-----------|
| SAEZ | MONTOYA | RUBY OROSMÁN | 9715173-3 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|--------|-------------------|
| MEDICINA GENERAL | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | 103885 | RUBYSAEZ@YAHOO.ES |
|------------------|---|-------------------------------------|--------|-------------------|

| | | | |
|----------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO |
| MANUEL RODRIGUEZ 429, CHIGUAYANTE # Chiguayante chile | | 412978302 | |

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

| |
|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| DIAGNOSTICO PRINCIPAL |

| |
|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| ANTECEDENTES CLINICOS |

PD94BWWGDMVYC2LVB0IMS4WIIBLMNVZGLUZZ0IDXRLTGIID8+PGZPBGU+PGNPCGHLCJ5TRHLWNMOZSFDXEKCV2RYOE9VWNL0YXNRU2LKCG41WHI0RW0YBYT0EW1TQ2T

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | RAULENRIQUEZVERGARAFUENTES@GMAIL.COM |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |