



Licencia Medica

N°3 Folio: 22566892-2

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

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

10

25

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

29

10

25

Día

Mes

Año

N DE DIAS

6

N DE DIAS EN PALABRAS

SEIS

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

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

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

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

1

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

PD94BWWGDMVYC2LVBJOIMS4WIIBLBMNVZGLUZZ0IDXRMLTGIID8+PGZPBGU+PGNPCGHL CJ5TRHLWNMOZSFDXEKCZV2RYOE9VWNL0YXNRU2LKCG41WHI0RW0YBYT0EW1TQ2TXA

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 |