



Licencia Medica

Nº3 Folio: 22692714-K

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	96856780-2 : CONSALUD (ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD)			76568930-9	263697
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	14-11-25 16:05	10100	65082446-6				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

STREB	BECERRA	JOCELYN PAZ	16768133-6	37	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
14 11 25 Dia Mes Ano	18 11 25 Dia Mes Ano	21	VEINTIUNO		

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 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 2=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	COLLAO 750 CONCEPCIÓN	
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	966522781	

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	TERAN	NELSON	10689934-7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUIATRÍA	1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		
OHIGGINS 680 OFICINA 506 # Concepción chile	0		

DIRECCION

TELEFONO

FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	JOCELYN.STREB@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR