

**ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744**

Este documento constituye licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades

- Fecha de emisión: **24/07/2025, 14:25:11**- N° Orden de Reposo: **0008592482****1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO**- Siniestro: **0008592482**- Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**- Fecha DIAT o DIEP: **29/05/2025**- Código Único Nacional (CUN): **9111091**- Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT****2. DATOS DE LA EMPRESA**- Razón Social: **FUNDACION EDUCACIONAL LA PROVIDENCIA**- Rut: **65.082.446-6**- Dirección: **LAUTARO 487, CONCEPCION****3. DATOS DEL TRABAJADOR**- Nombre: **ALFONSO ENRIQUE OLIVA SALINAS**- Rut: **13.247.914-3**- Número Paciente: **1001599420**- Teléfono: **996942662**- Número de Certificado: **0008592482**- Fecha Presentación: **29/05/2025, 13:16:09**- Dirección: **PEDRO AGUIRRE CERDA 255 TORRE-B 255, SAN PEDRO DE LA****PAZ****4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL**

La cantidad de días de incapacidad temporal puede verse modificada según como sea tu evolución del caso. De ocurrir, nos contactaremos contigo para reagendar tus próximos controles.

**Fecha Reposo Laboral:**- Desde: **24/07/2025**- Hasta: **11/08/2025**- Número de días: **19****5. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO**- Nombre: **BARBARA BELEN VILCHES MONTECINOS**- Rut: **18.452.090-7**

ACHS SALUD FIRMA Y TIMBRE

**CONSIDERACIONES:**

(1) Este certificado muestra los días parciales de reposo (puede no representar la cantidad total de días de reposo que se indicaron al paciente)

(2) Si el paciente está hospitalizado o está cursando un reposo con o sin fecha de término, este periodo de reposo puede ser reducido o extendido en su próximo control médico agendado y/o espontáneo y por lo tanto, la información de este certificado puede variar

**FIRMA PACIENTE****CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN / CARDENIO AVELLO 70 CONCEPCIÓN**

Verificado y Firmado por	Orden de Reposo Ley N° 16.744	(1 página)
<b>ACEPTA</b>	ACHS	
<small>Expedido el: 2025-07-24 14:25:51 - P1° Doctor: X1-4900-6907-40AD-5AC2 Este documento es una representación de un documento original en formato electrónico. Para verificar el estado actual del documento, verifíquelo en <a href="https://sdsce.cl">https://sdsce.cl</a></small>		
<small>Los certificados de Acepta cumplen con los estándares internacionales para firma electrónica, lo que no implica que sean compatibles con todos los software de visualización, no afectando ello en caso alguno la validez de la firma</small>		
	Firmante:	0013247914-3 OLIVA SALINAS, ALFONSO ENRIQUE
Firma Simple	Institución - Rol:	PERSONA NATURAL
Validado con Cédula	Fecha de Firma:	2025-07-24 14:25:52.627078
	Auditoría Autentia:	ACHS-F6JG-3ZP7-R111
	Operador:	0013247914-3