
Licencia médica

1 mensaje

valeria mena arias <valeriamenaarias@gmail.com>

27 de octubre de 2022, 13:12

Para: Evelyn Valeria Bocaz Escobar <ebocaz@u.uchile.cl>

Estimada Evelyn:

Junto con saludar, envío licencia médica comprendida entre los días jueves 20 al 24 de octubre.

saludos cordiales,
Valeria Mena Arias.



Licencia Médica Electrónica.pdf

182K



Licencia Médica

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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 12492762-5
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	76098454-K	253867

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	22-10-22 16:48	10100	76214280-5				
4- NO RECEPCIONADA	24-10-22 19:43	10100	76214280-5			2	
7- PRONUNCIADA	26-10-22 17:23	10100	76214280-5				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MENA	ARIAS	VALERIA GABRIELA ANDREA	18504798-9	28	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA

22

10

22

Día

Mes

Año

FECHA INICIO DE REPOSO

20

10

22

Día

Mes

Año

Nº DE DÍAS

5

Nº DE DÍAS EN PALABRAS

CINCO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1

1=Enfermedad o Accidente Común
2=Prórroga 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

1=Si
2=No

INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ

2

1=Si
2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO

1=Si
2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1

1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

A=Mañana
B=Tarde
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

1

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA

EDUARDO CASTILLO VELASCO 1839 ÑUÑO A CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

966032632

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

RIQUELME	MUÑOZ	DANIEL ANTONIO	13957573-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CIRUGIA

1

1=Médico
2=Dentista
3=Matrona

SCHARNHORST97@GMAIL.COM

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

AV. PDTE. JORGE ALESSANDRI RODRIGUEZ 3177, MALLPLAZA EL TRÉBOL # TALCAHUANO CHILE

0

TELÉFONO FAX

DIRECCIÓN

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	VALERIAMENAARIAS@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:

https://www.medipass.cl/WebAppDis/linkxml/xml/9363426.xml

1/3

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

COMPIN LME			PRONUNCIAMIENTO INICIAL			39-2910299			COMPIN LME			139		
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE						TIPO DE PRONUNCIAMIENTO			RESOLUCIÓN N°			ESTABLECIMIENTO		
CÓDIGO ESTABLECIMIENTO														

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS
1	20 Día 10 Mes 22 Año	24 Día 10 Mes 22 Año	5 DÍAS	CÓDIGO U07.1	1 1=Primera 2=Continuación	0

☒ 1=Autorizase ☐ 2=Rechazase ☐ 3=Ampliase ☐ 4=Redúcese ☐ 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN ☒ 2	☐ CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	☒ 1=Reposo Laboral Total ☐ 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A=Mañana ☐ B=Tarde ☐ C=Noche	☒ A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. ☐ B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. ☐ C=Sin derecho a subsidio.
--	--	--	---

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR
---------------------------------	---------------

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA 61601000-K
24 Día 10 Mes 22 Año	25 Día 10 Mes 22 Año	01 Día 01 Mes 00 Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

0000000000-0

REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.