



# Licencia Médica

Nº 1 - 39949789

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas, en su caso, podrá otorgar o no la licencia médica, según lo determine el presente Reglamento, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18.067.

TRANSACCION SECCION PUBLICA: Deberá presentarse la licencia médica a la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas, en su caso, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de emisión y presentarse al personal de la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas o la Unidad de Licencias Médicas, en su caso, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de emisión del mismo.

TRANSACCION DE EMISION: La licencia médica se otorga o no, según lo determine el presente Reglamento, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18.067.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **SOTO** APELLIDO MATERNO: **CAJALAN** NOMBRES: **PATRICIA**

FECHA INICIO DE REPOSO: **04/08/20** DIA: **04** MES: **08** AÑO: **20**

FECHA EMISION LICENCIA: **30** N° DE DIAS: **30** N° DE DIAS EN PALABRAS: **TRIENTA DIAS**

RUN: **9112894-2**

FECHA DE NACIMIENTO: **21/02/61** EDAD: **59** SEXO: **M**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Nota para licencias por enfermedad grave: solo menor de un año y con nacido entre 1989 y 2004 del C. del Trabajo y su ley de adopción (Ley 18.067)

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES:

### A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO  
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 DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA: MES: AÑO:

HORA: MINUTOS: TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES: AÑO:

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL  
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA: A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO: **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO:

**MANUEL RODRIGUEZ**

CALLE:

**305**

N°:

**305**

OPTO:

**305**

VILLA O POBLACION:

**PAINÉ**

COMUNA:

**PAINE**

TELEFONO:

**09 48328264**

CELULAR:

**09 48328264**

CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZA A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: **GANA** APELLIDO MATERNO: **OLIVARES** NOMBRES: **BRUNO**

RUN: **16379749-6** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **33055-8**

**Médico Cirujano**

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

**GRAN AVENIDA**

CALLE:

**SAN MIBUEL**

COMUNA:

**3204**

N°:

**3204**

TELEFONO:

**3204**

FIRMA DEL PROFESIONAL

### A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

**FRACTURA PIERNA DERECHA**

OTROS DIAGNOSTICOS:

ANTECEDENTES CLINICOS:

**Rx, operado, con fijador externo**

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

## SECCION B: (Uso exclusivo COMPIN, Subcomisión, Unidad de Licencias Médicas o ISAPRE)

COMPIN O ISAPRE:

RESOLUCION N°:

ESTABLECIMIENTO:

CODIGO ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE LICENCIA:

DESDE:

HASTA:

AUTORIZADO POR:

DIAGNOSTICO:

N° DIAS PREVIOS:

DIA:

MES:

AÑO:

DIA:

MES:

AÑO:

DIAS:

CODIGO CIE-10:

- 1= PRIMERA  
2= CONTINUACION

- 1= AUTORIZASE  
2= RECHAZASE  
3= AMPLIASE  
4= REDUCESE  
5= PENDIENTE DE RESOLUCION  
6= REDICTAMEN

CAUSA RECHAZO:

- 1= REPOSO INJUSTIFICADO  
2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE  
3= FUERA DE PLAZO  
4= INCUMPLIMIENTO REPOSO  
5= OTRO (ESPECIFICAR)

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL  
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO 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. Nº 44/78, Ley 18.469 y LEY 17.744.  
B= Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56.  
C= Sin derecho a subsidio.

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO:

PENDIENTE POR:

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES:

DIA: MES: AÑO:

FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES:

DIA: MES: AÑO:

REDICTAMEN:

DIA: MES: AÑO:

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE

REGISTRO COLEGIO MEDICO:

04 08 70.

SANTIAGO

0

19

Trabajado Agri'cole

2

0.8 Provide

- 1) TRANSACTIONS OF THE PUBLICLY OFFICER & CARRIER OF 18-234
- 2) TRANSACTIONS OF THE PUBLICLY OFFICER & CARRIER OF 18-234
- 3) TRANSACTIONS OF THE PUBLICLY OFFICER & CARRIER OF 18-234
- 4) TRANSACTIONS OF THE PUBLICLY OFFICER & CARRIER OF 18-234

www.elsevier.com/locate/jmb

Expenditure on transport has increased

150485

24 08 13

ENTRADA QUE DEBE PENSAR EN DORMIR O MANTENER LA PERMANENCIA

SUBSOLVED LINEAR TYPES 2-3-4 & 7

**C** A. FEMININE  
B. FEMINE  
C. C.E.A.F  
D. FEMILEADERS

2007年12月10日 (2007年12月10日) 5:00

E = EXAMINER  
 F = ANSWER  
 G = YES  
 H = I DON'T KNOW

ACADEMY OF EDUCATIONAL LEADERSHIP AND DEVELOPMENT

Caja Los Andes

### C.3. INFORME DE REMUNERACIONES, RENTAS Y O SUBSIDIOS

CONFERMANO CON LE SUE FIRME AUTENTICHE A LA FORMA DEL C.B. N° 499/2002

COUNTRY INDICATED BY PREFIX LETTER	WFO AT TIME CORRESPONDING LAST RECEIVED CALL			REMARKS: 1. OBSERVATION OF CORRESPONDING & 2. NO PERIODS CORRESPONDING & 3. NO WFO SP 44. 10750		REMARKS FOR RECORDING THIS CALL	
				REMARKS: 2. OBSERVATION OF PERIOD CORRESPONDING & 3. NO PERIODS 4. 10750	REMARKS: 3. OBSERVATION OF PERIOD CORRESPONDING & 4. 10750		
	WFO	TIME	SP 44. 10750			REMARKS	SP 44. 10750
08	04	20	30		647.482		
08	05	20	30		647.486		
08	06	20	30		647.482		

Besertaan dengan tim peneliti  
DPM, dan staf lain  
dalam rangka  
kerja sama  
dengan  
KEMKOT.

(Información de meses anteriores a la fecha de la encuesta)

La información debe compararse a los 2 datos anteriores al sistema o antes más que después al inicio de la transacción para evitar se trate de falsas dependencias a lo que se llama *transacción insensitiva*.

Das Vermehrungsverhalten  
der Larven wurde durch  
eine Untersuchung der  
Eier und Larven  
bestimmt.

E.LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

[illegible]

☒ 6-22  
14 NOV

Art. 13 - El empleador deberá proporcionar a la familia del trabajador unido al CNRPA o a su representante legal, dentro de los tres días hábiles siguientes al de la ocurrencia de la lesión o enfermedad:

AGRICOLA  
CABO QSMER LTDA.  
RUT: 76.234.502-1

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

