



República de Chile
Provincia de Linares
Director de Recursos Humanos

PARRAL,

DECRETO EXENTO SIAPER N°:

VISTOS:

- 1.- Las Licencias Médicas presentadas por los siguientes funcionarios Municipales.
- 2.- La Sentencia de Proclamación de Alcaldesa de la comuna de Parral, dictada por el Tribunal Electoral Regional de fecha 10 de junio del 2021.
- 3.- El Acta de Proclamación de Alcaldesa de la comuna de Parral, de fecha 16 de junio del 2021.
- 4.- El Juramento prestado en Sesión de instalación del Honorable Concejo Comunal de Parral, celebrada el 28 de junio del 2021.
- 5.- El Decreto Afecto N° 1.282 de fecha 29 de junio del 2021. Mediante el cual la Sra. Paula Retamal Urrutia, asume cargo de Alcaldesa Titular de la Comuna de Parral.
- 6.- El Decreto N° 1296 de fecha 06 de Julio de 2021, que nombra en calidad de Titular de Planta al Director de Recursos Humanos, don Javier Moreira Bauerle, Directivo Grado 8° E.M.S.
- 7.- El Decreto Exento N° 2651 de fecha 12 de Julio de 2021, mediante el cual delega la facultad de firmar por Orden de la Sra. Alcaldesa en Director de Recursos Humanos o quien lo subrogue, Don Javier Moreira Bauerle.
- 8.- Las facultades que me confiere la ley N° 18.695/88, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1. **AUTORIZASE**, Licencias Médicas de los siguientes funcionarios Municipales que se señalan, según el detalle que se incorpora en la tabla, con goce de subsidio efectivo:

RUT	Funcionario	N° Licencia	Días	Emisión	Desde	Hasta
23.368.490-2	OLGA GALVEZ RESTREPO	14789733-2	30	23.05.2023	24.05.2023	22.06.2023
15.744.516-2	CICEPH GONZALEZ OLIVEROS	14796978-3	03	23.05.2023	24.05.2023	26.05.2023
15.375.369-5	ARIEL PARRA OPORTUS	14878855-3	05	30.05.2023	29.05.2023	02.06.2023
12.333.059-5	SARA BARRIGA RIVAS	15021191-3	05	12.06.2023	12.06.2023	16.06.2023
07.379.189-8	MARIA BONILLA ARZOLA	15058067-6	03	14.06.2023	14.06.2023	16.06.2023
23.368.490-2	OLGA GALVEZ RESTREPO	15137430-1	30	23.06.2023	23.06.2023	22.07.2023
15.375.369-5	ARIEL PARRA OPORTUS	14965051-2	05	06.06.2023	05.06.2023	09.06.2023
15.375.369-5	ARIEL PARRA OPORTUS	15376551-0	03	19.07.2023	19.07.2023	21.07.2023
15.744.516-2	CICEPH GONZALEZ OLIVEROS	16731125-3	03	04.12.2023	05.12.2023	07.12.2023
18.559.283-9	LUZ ACEVEDO ORTIZ	2-60900391	30	01.04.2024	23.03.2024	21.04.2024
20.316.964-7	BARBARA MUÑOZ FUENTES	17733844-3	02	28.03.2024	27.03.2024	28.03.2024
07.392.161-9	ALIN ROJAS PAIN	100536688-3	01	28.03.2024	28.03.2024	28.03.2024
11.802.542-3	VICTOR SOTO RAMIREZ	17733549-5	11	28.03.2024	28.03.2024	07.04.2024
16.462.129-4	FABIOLA URRRA ESPINACE	2-60901530	20	23.03.2024	23.03.2024	11.04.2024
18.559.283-9	LUZ ACEVEDO ORTIZ	2-60900400	30	18.04.2024	22.04.2024	21.05.2024
13.842.125-2	PAOLA CASTILLO AGURTO	17905809-K	04	16.04.2024	16.04.2024	19.04.2024
19.127.354-0	MATIAS CASTRO AGURTO	18028047-2	05	29.04.2024	29.04.2024	03.05.2024
17.449.728-1	ANGELA FERRADA LILLO	101712191-6	02	23.04.2024	22.04.2024	23.04.2024
13.374.245-K	PAULA FIGUEROA VASQUEZ	101835430-2	15	26.04.2024	27.04.2024	11.05.2024
15.744.516-2	CICEPH GONZALEZ OLIVEROS	17769772-9	04	02.04.2024	02.04.2024	05.04.2024
17.883.423-1	FERNANDA GUERRERO ALVAR.	100559062-7	30	30.03.2024	01.04.2024	30.04.2024
17.987.973-5	FRANCISCO GUZMAN OSSES	17963689-1	05	22.04.2024	23.04.2024	27.04.2024
18.286.911-2	ANGEL HERNANDEZ YAÑEZ	17931283-2	07	18.04.2024	19.04.2024	25.04.2024



18.877.917-4	DIEGO LILLO RAMIREZ	17940431-1	15	19.04.2024	19.04.2024	03.05.2024
17.987.501-2	BARBARA MARTINEZ COFRE	17957770-4	03	22.04.2024	23.04.2024	25.04.2024
18.168.267-1	JAVIER MOREIRA BAUERLE	100801987-4	02	04.04.2024	04.04.2024	05.04.2024
20.316.964-7	BARBARA MUÑOZ FUENTES	18053355-9	05	02.05.2024	29.04.2024	03.05.2024
12.379.836-8	GLADYS PARADA KOVACIC	17777719-6	01	02.04.2024	01.04.2024	01.04.2024
13.790.387-3	SILVIA VASQUEZ TORRES	17805191-1	20	05.04.2024	05.04.2024	24.04.2024

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER - MUN.
“Por Orden de la Sra. Alcaldesa”



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL



JAVIER MOREIRA BAUERLE
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

bmf.

DISTRIBUCIÓN

- 1.- Archivo
- 2.- Personal

Copia digital: elizabeth.parada@parral.cl





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 14789733-2
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	77608340-2	277984

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	23-05-23 10:11	10100	60130700-K				
5- TRAMITADA	24-05-23 10:51	10100	60130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GALVEZ	RESTREPO	OLGA LUCIA	23368490-2	54	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
23 05 23 Día Mes Año	24 05 23 Día Mes Año	30	TREINTA

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			
CALLE LAS OBRAS, LOS PORTONES 691 LINARES CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			956886695

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MOLINA	ALARCON	CLAUDIO	10493815-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	CLCA3@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

SAN MARTÍN 669 LINARES # LINARES CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 14796978-3
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13786193-3	343471

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	23-05-23 15:34	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	24-05-23 11:41	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GONZÁLEZ	OLIVEROS	CICEPH KARINA	15744516-2	39	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
23 05 23 Día Mes Año	24 05 23 Día Mes Año	3	TRES

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 POBLACION DON PABLO, SUR DE CHILE 310 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 969030087			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CIRUGIA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	32463-0	CONSULTADRARAVENAPARRAL@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	

OHIGGINS 375 # PARRAL CHILE	732566887	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 14878855-3
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SELECCIÓN 5:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	10439029-3	123688

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	30-05-23 17:27	10100	60130700-K				
5- TRAMITADA	02-06-23 08:55	10100	60130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PARRA	OPORTUS	ARIEL ARNALDO	15375360-5	40	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		
30 05 23 Día Mes Año	29 05 23 Día Mes Año	5	CINCO		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prótesis Médica 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	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=Otto Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO.COMUNA			
IGUALDAD 735 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			986362461

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TAVARES	MOLINA	NELSON LEONARDO RODOLFO	13857847-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT
-	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	FAMILIATAVARES DIAZ@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
BUIN Nº 411 # PARRAL CHILE			0
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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.7 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	A_CITTI24@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:

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.



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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 15021191-3

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION 0:							
RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13766193-3	343471		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	12-06-23 14:26	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	13-06-23 14:46	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR										
BARRIGA			RIVAS		SARA PILAR		12333059-5		49	F
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN		EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO		N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS			
12 06 23 Día Mes Año			12 06 23 Día Mes Año		5		CINCO			

A.3 TIPO DE LICENCIA

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 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 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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		
GALVARINO 106 PARRAL CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 934049051		

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
CIRUGIA	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	32463-9	CONSULTADRARAVENAPARRAL@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
OHIGGINS 375 # PARRAL CHILE		732566887	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

A.6 DIAGNÓSTICO	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C. COMPLEMENTO

A.C COMPLEMENTO				
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 cambio de total a parcial y viceversa, Art. 16 D.S. No 3/1964.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 15058067-6
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION 9:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	25091645-0	321210

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	14-06-23 19:37	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	16-06-23 10:51	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

BONILLA	ARZOLA	MARÍA MAGDALENA	7379169-8	68	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
14 06 23 Día Mes Año	14 06 23 Día Mes Año	3	TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

☒ 1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Crónica 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 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 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: N°, DEPTO: COMUNA			
5 SUR 323 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	957666028		

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ESTRADA	PAEZ	EMILIO ENRIQUE	25091645-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA INTERNA	☒ 1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	EMILIOESTRADAMD@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
AVENIDA ANIBAL PINTO 1064 # PARRAL CHILE		0	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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.7 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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

N° 3 15137430-1
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION U:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	77608340-2	277984

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	23-06-23 10:26	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	27-06-23 15:37	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GALVEZ	RESTREPO	OLGA LUCIA	23368490-2	55	F		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO		
FECHA EMISIÓN LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS	
23 06 23 Día Mes Año		23 06 23 Día Mes Año		30		TREINTA	

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 LAS OBRAS 696 LINARES CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 956886696			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MOLINA	ALARCON	CLAUDIO	10493815-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	CLCA3@HOTMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
SAN MARTÍN 669 LINARES # LINARES CHILE		0	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 14965051-2
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	10439029-3	123688

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	06-06-23 18:09	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	08-06-23 18:32	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PARRA	OPORTUS	ARIEL ARNALDO	15375369-5	40	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		
06 06 23 Día Mes Año	05 06 23 Día Mes Año	5	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			
IGUALDAD 738 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	986362461		

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TAVARES	MOLINA	NELSON LEONARDO RODOLFO	13857847-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ESPECIALIDAD	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	FAMILIATAVARES DIAZ@GMAIL.COM
TIPO PROFESIONAL			CORREO ELECTRÓNICO
BUIN Nº 411 # PARRAL CHILE		0	TELÉFONO FAX
DIRECCIÓN			

Firmado Electrónicamente
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	A_CITT124@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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

N° 3 15376551-0
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	69130700-K	116178

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	19-07-23 15:18	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	20-07-23 11:22	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PARRA	OPORTUS	ARIEL ARNALDO	15375369-5	40	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
19 07 23 Día Mes Año	19 07 23 Día Mes Año	3	TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

☒ 1=Enfermedad o Accidente Común
2=Prórroga Médica 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 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=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial ☐ SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A=Mañana B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO ☒ 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE,N°,DEPTO,COMUNA
IGUALDAD 738 PARRAL CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 986362461

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TAVARES	MOLINA	NELSON LEONARDO RODOLFO	13857847-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

☒ 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	FAMILIATAVARES DIAZ@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

ANIBAL PINTO N° 1189 # PARRAL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

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	A_CITTI24@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 16731125-3

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13786193-3	343471

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	04-12-23 16:10	10100	60130700-K				
5- TRAMITADA	06-12-23 10:40	10100	60130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GONZÁLEZ	OLIVEROS	CICEPH KARINA	15744516-2	40	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
04 12 23 Día Mes Año	05 12 23 Día Mes Año	3	TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

☒ 1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Próximo Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grava 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 TRAMITE 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=Circo Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO,COMUNA			
POBLACIÓN DON PABLO, SUR DE CHILE 310 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 969030087			

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
	☒ 1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	32463-0
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
OHIGGINS 375 # PARRAL CHILE		732566867	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	KARINAGONZ2015@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

TRABAJADOR, SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Nº 2 - 60900391

La COMPIN, la Subcomisión de la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán otorgar o no las licencias médicas, reduciendo o ampliar el período de reposo, limitado o cambiando de total a parcial y viceversa. Art 16 Ley 19.628/1994.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo y dentro del período de vigencia.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **ACEVEDO** APELLIDO MATERNO: **ORTIZ** NOMBRES: **GUZ DA NICSA.** RUN: **18559283-9**
 FECHA EMISION LICENCIA: **010429** FECHA INICIO DE REPOSO: **230329** DIA MES AÑO
 FECHA DE NACIMIENTO: **030993** EDAD: **30** SEXO: **M 6 F**
 Nº DE DIAS: **30** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción pleno (Ley 19.667).

APELLIDO PATERNO: **ORUGO** APELLIDO MATERNO: **ACEVEDO** NOMBRES: **AGUSTINA** FECHA DE NACIMIENTO: **120523**
 FECHA DE NACIMIENTO: **28114958-3** RUN:

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
4
 RECUPERABILIDAD LABORAL: **1= SI** **2= NO** INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **1= SI** **2= NO**
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: **30** **03** **29** DIA MES AÑO
 HORA MINUTOS: **30** **00** TRAYECTO: **1= SI** **2= NO**
 FECHA DE LA CONCEPCION: **30** **03** **29** MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
 SOLO PARA: **1** 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):
 DIRECCION DE REPOSO: **CIVILCO SUR**
 CALLE: **305** **103**
 Nº DPTO: **VICENTEPABLO**
 VILLA O POBLACION: **PARRAL**
 COMUNA: **372056494**
 TELEFONO: **372056494** CELULAR:
 CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO 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: **VALENZUELA** APELLIDO MATERNO: **GOÑALEZ** NOMBRES: **RAVIER** ESPECIALIDAD: **PC DIATR.**
 RUN: **10880632-E** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **206** CORREO ELECTRONICO: **Dr. Javier Valenzuela González**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **AM DAL PUERTO** **SAH**
 CALLE: **812 DIA 1** Nº: **206**
 COMUNA: **SAH**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 MUNICIPALIDAD DE PARRAL
 UNIDAD PERSONAL

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes del COMPIN o siempre con el correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	DIAS	MES	AÑO
24	22	2023	22	01	2023
25	01	2024	24	02	2024
27	02	2024	22	03	2024

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES:





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

N° 3 17733844-3
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	21930408-0	372552

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	28-03-24 15:47	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	02-04-24 10:08	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MUÑOZ	FUENTES	BÁRBARA ALEJANDRA	20316964-7	23	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
28 03 24 Día Mes Año	27 03 24 Día Mes Año	2	DOS

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,N°;DEPTO;COMUNA			
POBLACIÓN SOR TERESITA, CALLE LOS COPIHUES 18 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 49132777			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CACERES	HERRERA	FERNANDO ALEXIS	21930408-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA FAMILIAR	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	FERALCAHER@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

LIBERTAD 625 #CASA # PARRAL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	BARBARAMUNOZCASTRO5@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





N° 3 100536688-3

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

A.3 TIPO LICENCIA

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA portal alameda pje 10 475,
Parral

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-87544493

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.





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 17733549-5
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13786193-3	343471

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	28-03-24 15:29	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	02-04-24 09:56	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

SOTO	RAMÍREZ	VÍCTOR JAVIER	11802542-3	53	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
28 03 24 Día Mes Año	28 03 24 Día Mes Año	11	ONCE

A.3 TIPO DE LICENCIA

☒ 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=SI 2=No INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ ☒ 2=SI 1=NO 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=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial ☐ SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A=Mañana B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO ☒ 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE:Nº;DEPTO;COMUNA
VILLA DOÑA PILAR 2, PASAJE 1 1091 PARRAL CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 992301917

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

☒ 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	32463-9	CONSULTADRARAVENAPARRAL@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

OHIGGINS 375 # PARRAL CHILE	732566887	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	VSOTORAMIREZ4@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





Licencia Médica

Nº 2 - 60901530

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRES, en su caso, podrán rechazar o ampliar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo, sustituirlo o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/2001.

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

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO UTRILLA **APELLIDO MATERNO** ESPINOSA **NOMBRES** FABIO
FECHA INICIO DE REPOSO 23 03 24 **DIA MES AÑO**
FECHA EMISION LICENCIA 02 04 **DIA MES AÑO**
Nº DE DIAS 20 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** VEINTE

RUN 18.462.129-4
FECHA DE NACIMIENTO 12 06 86 **DIA MES AÑO**
EDAD 37 **SEXO** M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal.
(Arts. 19º y 20º del C. Del Trabajo y Juicio de atribución plusa Ley 10.007)

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

FECHA DE NACIMIENTO **RUN**

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= SI ☐ 2= NO **INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ** ☐ 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 REPOSO PARCIAL ☐ **A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE**

LUGAR DE REPOSO ☐ 1= SU DOMICILIO ☐ 2= HOSPITAL ☐ 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO Av. ...
CALLE 955 **DPTO** ...
VILLA O POBLACION ...
COMUNA ...
TELEFONO 989672558 **CELULAR** ...
CORREO ELECTRONICO ...

AUTORIZO 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 Peña y Lillo **APELLIDO MATERNO** CONTINENTE **NOMBRES** ...
RUN 7837872-7 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** ...
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION ...
CALLE ... **COMUNA** ...

ESPECIALIDAD Cirujano ☐ 1= MEDICO ☐ 2= DENTISTA ☐ 3= MATRONA
CORREO ELECTRONICO Dr. Peña y Lillo
TELÉFONO 7.837.872-7
FIRMA DEL PROFESIONAL ...

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
UNIDAD PERSONAL **MUNICIPALIDAD DE PARRAL**
Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes del COMPIN o tiempo correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20	03	2024	22	03	2024
30	02	2024	02	03	2024
30	02	2024	31	01	2024
30	04	2023	02	01	2024

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados a la fecha de inicio de su reposo de enfermedad de vejez.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados a la fecha de inicio del reposo.



2 APR 2024
2 APR 2024

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ACGVEDO										CARTIZ										CUIZ										DAVCSA																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										9									
180424										FECHA INICIO DE REPOSO										220424										030993										30									
FECHA EMISION LICENCIA										DIA MES AÑO										FECHA DE NACIMIENTO										EDAD																			
30										TACIATA																																							
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																																							

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalas.
(Arts. 159 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción pleno (Ley 18.667).

ORUENO										A G E J E D O										A B U S T I N A																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES																			

20										A										Y										4										9										08										-										3																			
DIA										MES										AÑO										DIA										MES										AÑO										DIA										MES										AÑO									

A.3. TIPO DE LICENCIA

4	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 = SI 2 = NO
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	
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. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

☒ A	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	
		A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
SOLO PARA		☐
REPOSO PARCIAL		

LUGAR DE REPOSO ☒ A 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº DPTO

VILLA O POBLACION

CORRUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO 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

Donato
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

VALENZUELA GONZALEZ JAVIER										DEGIATRA										☒ 1= MEDICO ☐ 2= DENTISTA ☐ 3= MATRONA									
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES					ESPECIALIDAD														
108R0632					K																								
RUN										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRONICO									
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION																													
Avenida 2do 80																													
CALLE																													
ARRA																													
COMUNA																													
										206										Dr. Javier Valenzuela González Pediatra									
										450206										RUMA DEL PROFESIONAL									
										TELEFONO																			

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL Alergia a la proteína de la leche de vaca. 1= CONFIRMADO ☐
2= EN ESTUDIO ☐

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

UNIDAD PERSONAL MUNICIPALIDAD DE CHICLA

TOTAL DIAS		DIA	MIES	DESDE		HASTA	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES
30	24	22	08	2023	22	08	2024
30	23	01	02	2024	21	02	2024
30	22	02	03	2024	22	03	2024
30	23	03	04	2024	21	04	2024





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 17905809-K
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13786193-3	343471

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	16-04-24 15:56	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	12-04-24 09:37	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CASTILLO	AGURTO	PAOLA ANDREA	13842125-2	43	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
16 04 24 Día Mes Año	16 04 24 Día Mes Año	4	CUATRO

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	1 1=SI 2=No	2 1=SI 2=No	1 1=SI 2=No
RECUPERABILIDAD LABORAL	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	TRAYECTO	
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL 1 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	A=Mañana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO,COMUNA		
BUENOS AIRES 7 PARRAL CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 930046447		

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	32463-9	CONSULTADRARAVENAPARRAL@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CHIGGINS 375 # PARRAL CHILE	732566887	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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.7 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	PAOLA.CASTILLO@PARRAL.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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



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

N° 3 18028047-2
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	21930408-0	372552

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	29-04-24 22:59	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CASTRO	AGURTO	MATÍAS IGNACIO	19127354-0	28	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
29 04 24 Día Mes Año	29 04 24 Día Mes Año	5	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 Grava 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 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			
POBLACIÓN SOR TERESITA, CALLE LOS COPIHUES 118 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 49132777			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CACERES	HERRERA	FERNANDO ALEXIS	21930408-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA FAMILIAR	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	FERALCAHER@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

LIBERTAD 625 #CASA # PARRAL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	MATIASCA253@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERRADA

LILLO

ANGELA ANDRE

17449728 - 1

23042024

22042024

33

F

02

DOS

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

A.3 TIPO LICENCIA

1

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL

1

1 = SI
2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ

2

1 = SI
2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

DÍA

MES

AÑO

HORA

MINUTOS

TRAYECTO

1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES

AÑO

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;N°;DEPTO;COMUNA

REPUBLICA ARGENTINA #54,

Reliro

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

09-44639356

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

COFRE

LILLO

VALENTINA BE

19575119 - 6

REG. COLEGIO PROFESIONAL

73-2630120/

TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Avenida Errázuriz, Retiro

DIRECCIÓN

ESPECIALIDAD

2

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 101835430-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FIGUEROA VÁSQUEZ PAULA ANDREA 13374245 - K
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
26042024 27042024 46 F
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
15 QUINCE
Nº DE DÍAS Nº DE DÍAS EN PALABRAS
Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
1
RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DÍA MES AÑO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA los encinos 1026, villa juan
pablo II, Retiro
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-87019924

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FRUGONE ZAROR CRISTOBAL 17271213 - 4
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
MEDICINA GENERAL 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD
9-66894226/ Aníbal Pinto 1064, Parral DIRECCIÓN
TELÉFONO/FAX Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.





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

N° 3 17769772-9
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION D:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13786193-3	343471

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	02-04-24 14:03	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	04-04-24 16:01	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GONZÁLEZ	OLIVEROS	CICEPH KARINA	15744516-2	40	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
02 04 24 Día Mes Año	02 04 24 Día Mes Año	4	CUATRO

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 INVALIDEZ	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:N°;DEPTO;COMUNA POBLACION DON PABLO, SUR DE CHILE 310 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 969030087			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARAVENA	CHAMORRO	JOSE IGNACIO	13786193-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	32463-9
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

OHIGGINS 375 # PARRAL CHILE	732566887	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	KARINAGONZ2015@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 100559062-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GUERRERO										ALVARADO										FERNANDA ANG										17883423										1
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
30032024										01042024										32		F																		
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																		
30		TREINTA																																						
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																																						

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

M	U	Ñ	O	Z						G	U	E	R	R	E	R	O			M	A	R	I	A	P	I	A			2	8	2	1	5	6	4	2	-	3
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
1	3	0	8	2	0	2	3																																
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

4

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD 1 = SI
 LABORAL 2 = NO

INICIO TRAMITE 1 = SI
 INVALIDEZ 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE
 TRABAJO O DEL TRAYECTO DÍA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN
 MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSICIONARIO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA CALLE MARIO MUJICA 1104
PILAR 2, Parral

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-89066185

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

F R A N C O	F L O R E S	J E S S I C A M A R I	2 5 8 1 6 7 1 5 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		PEDIATRÍA	1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	
9-41538685/		Chacabuco 121, Curicó	Documento firmado electrónicamente
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>





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 17963689-1
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	8099603-9	339116

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	22-04-24 20:54	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	24-04-24 10:46	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GUZMÁN	OSSES	FRANCISCO GABRIEL ENRIQUE	17987973-5	32	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
22 04 24 Día Mes Año	23 04 24 Día Mes Año	5	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=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			
VILLA SAN AGUSTIN 29 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			950063698

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

LABRA	BALLESTA	GUILLERMO ANTONIO	8099603-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

CIRUGIA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	13575	GLABRA1960@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO

ANIBAL PINTO 1170 # PARRAL CHILE	732462346	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	FRANCISCOGUZMAN1992@ICLOUD.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 17931283-2
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADESCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	10439029-3	123688

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	18-04-24 17:54	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	19-04-24 11:14	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

HERNÁNDEZ	YÁÑEZ	ANGEL NICOLÁS	18286911-2	31	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
18 04 24 Día Mes Año	19 04 24 Día Mes Año	7	SIETE

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Promoción 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			
LOS TRIGALES LA TRILLA 1286 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 956254579			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

TAVARES	MOLINA	NELSON LEONARDO RODOLFO	13857847-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	FAMILIATAVARES DIAZ@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

BUIN Nº 411 # PARRAL CHILE	0	TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN			

Firmado Electrónicamente
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	ANGELNICHERNANDEZ@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:

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.





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 17940431-1
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	18982368-1	381494

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	19-04-24 16:23	10100	69130790-K				
5- TRAMITADA	23-04-24 11:13	10100	69130790-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

LILLO	RAMÍREZ	DIEGO OMAR FRANCISCO	18877917-4	29	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		
19 04 24 Día Mes Año	19 04 24 Día Mes Año	15	QUINCE		

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=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			
SECTOR MANTUL 0 RETIRO CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FERNÁNDEZ	PALMA	JOAQUÍN ALONSO	18982368-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	JOAQUIN.FERP@OUTLOOK.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
YUMBEL 588 # LINARES CHILE		0	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

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

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:





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 17957770-4
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	10439029-3	123688

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	22-04-24 15:39	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	24-04-24 10:36	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARTINEZ	COFRE	BARBARA ANGELICA	17987501-2	32	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
22 Día 04 Mes 24 Año	23 Día 04 Mes 24 Año	3	TRES

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 1 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 P. LOS OLVIOS 1 PJ LAS ARAUCARIA 756 PARRAL CHILE	TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 986080153
---	--	---	---------------------------	---	---

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MORENO	MACHADO	JEAN CARLOS	26346827-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	
BUIN Nº 411 # PARRAL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	BMARTINEZCOFRE@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 100801987-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MOREIRA	BAUERLE	JAVIER A.	18168267 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
04042024	04042024	31	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
02	DOS		
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO		DÍA	MES	AÑO
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO	

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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA	Los Molinos S/N,
Parral	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-87552502

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

RISOPATRON	RIESCO	TERESITA	16367944 - 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
22-3543050/	VICUÑA MACKENA 4866, San Joaquín	ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.





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 3/1994.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 18053355-9
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	21930408-0	372552		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	02-05-24 12:07	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MUÑOZ	FUENTES	BÁRBARA ALEJANDRA	20316964-7	23	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS	
02 05 24 Día Mes Año		29 04 24 Día Mes Año	5	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 POBLACIÓN SOR TERESITA, CALLE LOS COPIHUES 18 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 49132777			

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CACERES	HERRERA	FERNANDO ALEXIS	21930408-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA FAMILIAR	1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	FERALCAHER@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
LIBERTAD 625 #CASA # PARRAL CHILE			0
DIRECCIÓN			TELÉFONO FAX

Firmado Electrónicamente
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	BARBARAMUNOZCASTRO5@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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 atulador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
TRABAJADOR DEPENDIENTE:





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

N° 3 17777719-6
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	12201179-8	349700

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	02-04-24 22:36	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	04-04-24 09:32	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PARADA	KOVACIC	GLADYS JACQUELINE	12379836-8	51	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
02 04 24 Día Mes Año	01 04 24 Día Mes Año	1	UNO

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=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/N°;DEPTO;COMUNA			
OLAVARRÍA 658 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			951073901

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MALDONADO	BARRIGA	CHRISTIAN ROBERTO	12201179-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PEDIATRÍA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	21720	CMALDONADOB@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	
OLAVARRÍA 658 #B # PARRAL CHILE			25756157	
DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	GLAPAKO@HOTMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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





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 17805191-1
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61803000-0 : FONASA	12793147-K	300523

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	05-04-24 11:16	10100	69130700-K				
5- TRAMITADA	09-04-24 09:54	10100	69130700-K				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VÁSQUEZ	TORRES	SILVIA TERESA	13790387-3	43	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
05 04 24 Día Mes Año	05 04 24 Día Mes Año	20	VEINTE

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			
BUIN 362 PARRAL CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			57200391

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CASTRO	SEPULVEDA	RODRIGO ESTEBAN	12793147-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	RECASTROSEPULVEDA@HOTMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

PABLO NERUDA 1079 # PARRAL CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
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	SITER4@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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:

