

EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS
DE ANTOFAGASTA S.A.
FILIAL CORRO

40-5-8

ANTOFAGASTA, Mayo 31 de 1991.-
RES. No. 008 /

Señora
Presidenta CARPIN
Dra. Sonia Jimenez M.
Presente. /

De nuestra consideración:

Para efectos de agregar a los antecedentes de la Sra. Cecilia Montecinos Matus de la Parra, se permite remitir a Ud. copia de Licencia Médica, en la cual se le autorizan 30 días más de licencia, a contar del 27 de Mayo del año en curso.

Saluda atentamente a Ud.,

EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DE ANTOFAGASTA S.A.


MARIA VERONICA ARRIAL RIEDEL
SUB-GERENTE (S) RECURSOS HUMANOS

pmr.
c.c. - Archivo.

LICENCIA MEDICA

(Este formulario debe ser llenado en letra clara y legible)

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

021 -

06670

AJ. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

10 MONTECIANOS MATU DE LA PARRA CECILIA

5609141 - 6

PELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUT

27.05.91

30

270591

37

M o F
 F

FECHA EMISION LICENCIA

Nº DE DIAS

DIA MES AÑO

EDAD

SEXO

DIAGNOSTICO:

Síndrome Ansioso Depresivo

FIRMA DEL TRABAJADOR

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA
- 1 = MINERIA
- 2 = INDUSTRIA
- 3 = CONSTRUCCION
- 4 = ELECTRICIDAD, GAS, AGUA
- 5 = COMERCIO
- 6 = TRANSPORTES
- 7 = SERVICIOS
- 8 = SERVICIO DOMESTICO
- 9 = OTROS.

4

OCCUPACION

- 1 = EJECUTIVO
- 2 = PROFESIONAL
- 3 = OFICINISTA
- 4 = OPERARIO, ARTESANO, TRABAJ. MANUAL
- 5 = OTROS

3

A.4. TIPO DE LICENCIA

TIPO

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE NO DEL TRABAJO
- 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNAL
- 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL

5

REPOSO

- 1 = REPOSO TOTAL
- 2 = REPOSO PARCIAL

1

sólo para reposo parcial

- A = MAÑANA
- B = TARDE

RECUPERABILIDAD

- 1 = SI
- 2 = NO

1

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE

____/____/____ ____:____

DIA MES AÑO HORA

MES DE LA CONCEPCION

____/____

MES AÑO

FECHA NACIMIENTO DEL HIJO

____/____/____

DIA MES AÑO

LUGAR DE REPOSO

- 1 = CASA
- 2 = HOSPITAL
- 3 = OTRO

3

Dirección y teléfono donde cumplirá el reposo:

TRANSIA del MAR SITIO 18
MANZANA A

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

TORRICO TEJADA CARLOS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Psiquiatra

ESPECIALIDAD

- 1 = MEDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MATRONA

1

4.006411 - 9

RUT

L. S. Ossa 2.111

TELEFONO Y/O DIRECCION

FIRMA DEL PROFESIONAL

021 -

06670

SERV. SALUD

Nº CORRELATIVO

SECCION B: (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

RESOLUCION Nº

ESTABLECIMIENTO:

CODIGO ESTABLEC.:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

____/____/____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

TIPO LICENCIA

DESDE

____/____/____

DIA MES AÑO

HASTA

____/____/____

DIA MES AÑO

AUTORIZADO POR

____/____/____

OIAS

DIAGNOSTICO

____/____/____

CODIGO

- 1 = AUTORIZASE
- 2 = RECHAZASE
- 3 = AMPLIASE
- 4 = REDUCESE

PERIODO

- 1 = PRIMERA
- 2 = CONTINUACION.

- 1 = REPOSO TOTAL
- 2 = REPOSO PARCIAL

sólo para reposo parcial

- A = MAÑANA
- B = TARDE

- A.- Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la ley 18.469 o art. 30 Ley 18.744.
- B.- Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable ART. 56 O.S. No 03/81.
- C.- Sin derecho a subsidio.

DIAGNOSTICO:

CAUSA DE MODIFICACION:

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION