

## RESOLUCIÓN DE LICENCIA

DIRECCION DEL DESPACHO

FOLIO CARTA

AVDA.PROVIDENCIA 1930 DEP.54 PROVIDENCIA

NOMBRE DEL TRABAJADOR

BRENNING CARVALLO CLAUDIA CECILIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T

FOLIO INTERNO

9.036.723-4

20140303501

RESOLUCION Nº

3

2361268

CODIGO ESTABLECIMIENTO 67

COLMENA GOLDEN CROSS S.A.

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO	1=PRIMERA 2=CONTINUA.	Nº DIAS PREVIOS
1	07/03/2014	05/04/2014	30	I60	2	120
			DIAS	CODIGO		

<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=AUTORIZASE 2=RECHAZASE 3=AMPLIASE 4=REDUCESE  <input type="checkbox"/> REDICTAMEN	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO  1=REPOSO INJUSTIFICADO 2=DIAGNOSTICO INRECUPERABLE 3=FUERA DE PLAZO 4=INCUMPLIMIENTO REPOSO 5=OTRO(ESPECIFICAR)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=REPOSO LABORAL TOTAL 2=REPOSO LABORAL PARCIAL  SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=MAÑANA B=TARDE C=NOCHE	<input checked="" type="checkbox"/> A A= CON DERECHO A SUBSIDIO UNA VEZ VERIFICADOS LOS REQUISITOS DISPUESTOS EN EL DFL N° 44/78 LEY 16.744 (*) B= CON DERECHO A SUBSIDIO DE CARGO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD RESPONSABLE ART. 56 D.S. N° 03/84. C= SIN DERECHO A SUBSIDIO.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

Santiago, lunes 10 marzo 2014



AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA

NOMBRE TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR ISAPRE

FECHA DE RECEPCION ISAPRE <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">06/03/2014</div> DIA    MES    AÑO	FECHA EMISION RESOLUCION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">07/03/2014</div> DIA    MES    AÑO	REDICTAMEN <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> DIA    MES    AÑO	REG. COLEGIO MEDICO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

(\*) LA AUTORIZACION DEL DERECHO A SUBSIDIO ESTA SUJETA AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS QUE LA LEGISLACION VIGENTE ESTABLECE

**PARA CUALQUIER CONSULTA CONTACTENOS VIA GOLDEN PHONE**