

RESOLUCIÓN DE LICENCIA

DIRECCION DEL DESPACHO

FOLIO CARTA

RONDIZZONI 1856 DEPTO. Ñ32 SANTIAGO

48098

NOMBRE DEL TRABAJADOR

MEZA ROMAN DEBBIE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T

FOLIO INTERNO

9.771.764-8

20130722193

RESOLUCION Nº

3

1721718

CODIGO ESTABLECIMIENTO 67

COLMENA GOLDEN CROSS S.A.

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO	1=PRIMERA 2=CONTINUA.	Nº DIAS PREVIOS
1	25/07/2013	08/08/2013	15	F32	1	
			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

SU LICENCIA HA SIDO AUTORIZADA, SIN EMBARGO SE SOLICITA PRESENTAR INFORME MEDICO COMPLEMENTARIO ADJUNTO. AL MAIL APLICENCIAS@COLMENA.CL O EN CUALQUIER CENTRO DE ATENCION

Santiago, jueves 01 agosto 2013



MARIA ISABEL GALAZ ENRIQUEZ

NOMBRE TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR ISAPRE

FECHA DE RECEPCION ISAPRE 29/07/2013 DIA MES AÑO	FECHA EMISION RESOLUCION 30/07/2013 DIA MES AÑO	REDICTAMEN DIA MES AÑO	REG. COLEGIO MEDICO 9801-9
--	---	---------------------------	-------------------------------

(*) 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