



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE



DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F U E N Z A L I D A	R O M A N	P A M E L A	C O N S T	1 5 6 3 4 9 1 9	4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
1 0 0 7 2 0 1 4	1 1 0 7 2 0 1 4	3 0	F		
FECHA OTORGAMIENTO		EDAD	SEXO		
0 7	S I E T E				
N° DE DÍAS		N° 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)

V I L L E G A S	F U E N Z A L I D A	C O N S T A N Z A	2 4 3 5 0 2 1 5	2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
2 9 0 7 2 0 1 3				
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 4	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>pje.punta cono 3961, Puente Alto</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-52395946</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G O N Z A L E Z	P I N C Z O W E R	O S M A N	F E L I X	8 7 1 6 2 9 0	7
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
17086-0	PEDIATRÍA		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD			
2-2107500/	CAMILO HENRIQUEZ, Puente Alto	<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL		

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 002859177-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (FUENZALIDA), APELLIDO MATERNO (ROMAN), NOMBRES (PAMELA CONST), RUN (15634919-4), FECHA OTORGAMIENTO (04072014), FECHA INICIO REPOSO (04072014), EDAD (30), SEXO (F), N° DE DIAS (07), N° DE DIAS EN PALABRAS (SIETE).

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)

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO (VILLEGAS), APELLIDO MATERNO (FUENZALIDA), NOMBRES (CONSTANZA), RUN (24350215-2), FECHA NACIMIENTO (29072013).

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type selection: 4 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN, 1 = SI, 2 = NO; INICIO TRAMITE 2 = NO; FECHA DEL ACCIDENTE; TRAYECTO 1 = SI, 2 = NO; FECHA DE LA CONCEPCIÓN.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL; SÓLO PARA REPOSO PARCIAL; LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO; JUSTIFICAR SI ES OTRO (3); DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA; TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-52395946.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (GONZALEZ), APELLIDO MATERNO (PINCZOWER), NOMBRES (OSMAN FELIX), RUN (8716290-7), REG. COLEGIO PROFESIONAL (17086-0), CORREO ELECTRÓNICO, ESPECIALIDAD (PEDIATRÍA), TELÉFONO/FAX (2-2107500), DIRECCIÓN (CAMILO HENRIQUEZ, Puente Alto).

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 periodo 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.