



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1716919-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

R I V E R A	M U Ñ O Z	P A M E L A S O L E D	1 3 4 6 8 5 1 3	- 1
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
2 3 0 7 2 0 1 3	2 1 0 7 2 0 1 3	3 4	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
8 4	O C H E N T A Y C U A T R O			
N° DE DIAS	N° DE DIAS 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)

j a ñ a	r i v e r a	j a v i e r	2 4 3 3 6 7 1 4	- K
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
2 1 0 7 2 0 1 3				
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

3	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	1 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[][] [][] [][][][] DIA 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 <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>PJE ALFONSO ARAYA 1004 V.</u>		
TERRASOL , San Bernardo		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-94416269</u>		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

g o n z a l e z	p o t o c n j a k	p a m e l a d e l c	1 6 7 4 7 8 7 0	- 0
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	3	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
<u>09-68783807/</u>	<u>MARCOLETA, Santiago</u>			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<i>Documento firmado electrónicamente</i>
				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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - HOSPITAL CLÍNICO PUC MARCOLETA

Fecha Otorgamiento : 23-07-2013 14:21 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE



N°3 001716919-K

1. Datos Profesional

Profesional : gonzalez potocnjak, pamela del carmen
Rut : 16747870-0
Especialidad :
Dirección : MARCOLETA, Santiago - Tel: 09-68783807

2. Datos Trabajador

Nombre : RIVERA MUÑOZ, PAMELA SOLEDAD
Rut : 13468513-1
Edad : 34
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal
Canal de contacto : Correo electrónico pame.rivera.m@gmail.com

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-07-2013 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 84 **Dirección** : PJE ALFONSO ARAYA 1004 V. TERRASOL, San Bernardo
Fecha término : 12-10-2013 **Teléfono** : 09-94416269
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pendiente validación por CCAF
Fecha Última Modificación : 2013-07-25 12:22:27
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 23-07-2013
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-07-2013 12:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

7. Liquidación de licencia médica

No hay liquidaciones para esta licencia.