

## RESOLUCIÓN DE LICENCIA

DIRECCION DEL DESPACHO

FOLIO CARTA

LOS QUELTEHUES 2002 PARQUE VIOLETA

42707

NOMBRE DEL TRABAJADOR

IBARRA MAURIERA MARIA JOSE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T

FOLIO INTERNO

15.468.712-2

20131012757

RESOLUCION Nº

3

1950905

CODIGO ESTABLECIMIENTO 67

COLMENA GOLDEN CROSS S.A.

| TIPO DE LICENCIA | DESDE      | HASTA      | AUTORIZADO POR | DIAGNÓSTICO | 1=PRIMERA<br>2=CONTINUA. | Nº DIAS PREVIOS |
|------------------|------------|------------|----------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| 3                | 29/09/2013 | 21/12/2013 | 84             | Y.004       | 2                        | 42              |
|                  |            |            | DIAS           | CODIGO      |                          |                 |

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

### CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

EMPLEADOR DEBERA INFORMAR A ISAPRE LA MODALIDAD EN QUE LA TRABAJADORA HARA USO DE BENEFICIO POSTNATAL PARENTAL, YA SEA COMPLETO O PARCIAL, AL MENOS 15 DIAS ANTES DEL TERMINO DEL POSTNATAL.

Santiago, lunes 24 marzo 2014



MONICA YERKOVIC BAHAMONDE

NOMBRE TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR ISAPRE

|  |   |                           |                     |
|--|---|---------------------------|---------------------|
| FECHA DE RECEPCION ISAPRE<br>16/10/2013<br>DIA MES AÑO | FECHA EMISION RESOLUCION<br>17/10/2013<br>DIA MES AÑO | REDICTAMEN<br>DIA MES AÑO | REG. COLEGIO MEDICO |
|--|---|---------------------------|---------------------|

(\*) 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