



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002374978-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E	S	C	A	R	A	T	E			R	O	J	A	S					M	A	R	I	S	O	L	D	E	L			1	1	1	3	6	8	0	0		7
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES					RUN																				
0	6	0	3	2	0	1	4	0	6	0	3	2	0	1	4	4	7	F																						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO																												
0	2	D O S																																						
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)

APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES					RUN																			
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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>MANANTIALES #6535, Cerro</u>	
Navia _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>02-27756655</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

F	I	G	U	E	R	O	A			S	A	I	N	T	-	J	E	A	N	C	A	T	A	L	I	N	A	P	A	Z	1	6	2	4	5	1	5	4		5
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES					RUN																				
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO						ESPECIALIDAD					FIRMA PROFESIONAL																				
<u>02-3548490/</u>									<u>Marcoleta 350, Santiago</u>						<u>MEDICINA INTERNA</u>					<u>1</u>																				
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN						ESPECIALIDAD					FIRMA PROFESIONAL																				

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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002383898-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E S C A R A T E	R O J A S	M A R I S O L D E L	1 1 1 3 6 8 0 0	7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
1 0 0 3 2 0 1 4	0 8 0 3 2 0 1 4	4 7	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 9	N U E V E			
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)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = SI 1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

[][]	[][]	[][]
DÍA	MES	AÑO

HORA [][] MINUTOS [][] TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

[][]	[][]	[][]
MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA
 B = TARDE
 C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA MANANTIALES #6535, Cerro

Navía _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

T U R R I L L A S	V I L L A G R A	P A M E L A B E T Z A	1 4 0 9 2 8 9 2	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
		MEDICINA INTERNA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
09-82885685/ TELÉFONO/FAX	MARCOLETA, Santiago DIRECCIÓN		<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL	

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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 002404565-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E	S	C	A	R	A	T	E			R	O	J	A	S						M	A	R	I	S	O	L	D	E	L			1	1	1	3	6	8	0	0	-	7
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																	
1	7	0	3	2	0	1	4	1	7	0	3	2	0	1	4	4	7	F																							
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																							
0	4	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)

																																								-	
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																	
FECHA NACIMIENTO																																									

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA	MES	AÑO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA	MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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	MANANTIALES #6535, Cerro
Navía	_____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	_____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	A	B	A	R	C	A			T	R	U	C	I	O	S			G	O	N	Z	A	L	O	P	A	T	R			1	6	4	7	8	8	7	6	-	8
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO									MÉDICINA INTERNA						<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																
9-7878484/									MARCOLETA, Santiago									Especialidad						Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL																
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN																															

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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 002422429-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E S C A R A T E				R O J A S				M A R I S O L D E L				1 1 1 3 6 8 0 0 - 7			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
2 0 0 3 2 0 1 4				2 1 0 3 2 0 1 4				4 7		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
1 0		D I E Z													
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)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

A.3 TIPO LICENCIA

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 = SI
 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = SI
 1 = NO 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 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA
 B = TARDE
 C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA MANANTIALES #6535, Cerro

Navía _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-88274788

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

F I G U E R O A				S A I N T - J E A N				C A T A L I N A P A Z				1 6 2 4 5 1 5 4 - 5			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				MEDICINA INTERNA				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
02-3548490/				Marcoleta 350, Santiago				Especialidad				Documento firmado electrónicamente			
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN								FIRMA PROFESIONAL			

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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.