

## Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CORP MUTUAL DOCENTES ESCUELA MEDICINA U CATOLICA  
CORP MUTUAL DOCENTES ESCUELA MEDICINA U CATOLICA N° 3 002751877-K

Fecha Otorgamiento : 13-06-2014 14:26 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

### 1. Datos Profesional

Profesional : FONTBOTE RIESCO, CRISTIAN ANTONIO  
Rut : 10331887-4  
Especialidad : ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA  
Dirección : Lira 85 piso 6 , Santiago - Tel: 2-7548700

### 2. Datos Trabajador

Nombre : PENA MONTOYA, LUIS  
Rut : 7234085-K  
Edad : 60  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

### 3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 12-06-2014	Lugar	: Domicilio	Lugar secundario	: Otro Domicilio
N° Dias	: 30	Dirección	: Carvajal 0290 , La Cisterna	Dirección secundario	: Marcoleta 352, Santiago
Fecha Último Tipo	: 11-07-2014	Teléfono	: 09-82991320	Teléfono secundario	:

### 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 13-06-2014 14:26 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

### 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 13-06-2014  
Fecha de envío a pronunciamiento :

### 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) con el siguiente código de verificación: **fabf87**  
Centro de Atención a Usuario l-med al teléfono 02-7149500 o al correo [ime@i-med.cl](mailto:ime@i-med.cl)



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002751877-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (PENJA), APELLIDO MATERNO (MONTROYA), NOMBRES (LUIS), RUN (7234085), FECHA OTORGAMIENTO (13062014), FECHA INICIO REPOSO (12082014), EDAD (60), SEXO (M), N° DE DIAS (30), N° DE DIAS EN PALABRAS (TREINTA).

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA NACIMIENTO.

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type: 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. Includes fields for labor recovery, start date, accident date, and pregnancy date.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes fields for rest location (home, hospital, other), justification, address, and contact phone.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (FONTBOTE), APELLIDO MATERNO (RIESCOC), NOMBRES (CRISTIAN ANT), RUN (103318874), REG. COLEGIO PROFESIONAL (21261-K), CORREO ELECTRÓNICO, ESPECIALIDAD (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA), TELÉFONO/FAX (2-7548700), DIRECCIÓN (Lira 85 piso 6, Santiago).

Documento firmado electrónicamente
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 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.