



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002991070-7

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |                             |                                    |                     |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------|
| C I F U E N T E S  | M A N S I L L A             | C L A U D I A A L E J              | 1 3 5 9 9 4 9 3 - 6 |
| APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO            | NOMBRES                            | RUN                 |
| 0 4 0 8 2 0 1 4    | 0 1 0 8 2 0 1 4             | 3 5                                | F                   |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO         | EDAD                               | SEXO                |
| 8 4                | O C H E N T A Y C U A T R O | Documento firmado electrónicamente |                     |
| N° DE DIAS         | N° DE DIAS EN PALABRAS      | 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)

|                  |                   |                       |                     |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
| R A M O S        | C I F U E N T E S | M A I T E A N T O N I | 2 4 6 9 9 2 9 2 - 4 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO  | NOMBRES               | RUN                 |
| 0 1 0 8 2 0 1 4  | FECHA NACIMIENTO  |                       |                     |

#### A.3 TIPO LICENCIA

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |   |
| RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO  | INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI<br>1 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>DIA MES AÑO   |   |
| HORA MINUTOS TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI<br>2 = NO   |   |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN<br>MES AÑO   |   |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1<br>1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL            | SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE |
| LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO | JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____  |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA MATEO DE TORO Y ZAMBRANO<br>#1491 B. DEPTO.202 . LA QU, La Reina          |  |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-93141709  |  |

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                             |                                  |   |  |
|-----------------------------|----------------------------------|---|--|
| S A N C H E Z               | R O J E L                        | B E R T A I N E S                                       | 9 4 4 9 7 1 5 - 9  |
| APELLIDO PATERNO            | APELLIDO MATERNO                 | NOMBRES   | RUN  |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL    | CORREO ELECTRÓNICO               | ESPECIALIDAD  | <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |
| 02-3846061/<br>TELÉFONO/FAX | MARCOLETA, Santiago<br>DIRECCIÓN | Documento firmado electrónicamente<br>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.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002991070-7

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - HOSPITAL CLÍNICO PUC MARCOLETA

Fecha Otorgamiento : 04-08-2014 11:50 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

## 1. Datos Profesional

Profesional : Sanchez Rojel, Berta Ines  
Rut : 9449715-9  
Especialidad :  
Dirección : MARCOLETA, Santiago - Tel: 02-3846061

## 2. Datos Trabajador

Nombre : CIFUENTES MANSILLA, CLAUDIA ALEJANDRA  
Rut : 13599493-6  
Edad : 35  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-08-2014 Lugar : Domicilio  
N° Días : 84 Dirección : MATEO DE TORO Y ZAMBRANO #1491 B. DEPTO.202 . LA QU, La Reina  
Fecha término : 23-10-2014 Teléfono : 09-93141709  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 04-08-2014 11:50 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 04-08-2014  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.