



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 001814420-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CASANOVA	CASANOVA	HECTOR DUBER	10379812	4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
26082013	26082013	47	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
14	CATORCE			
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

<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1</p>	<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>_____ DIA _____ MES _____ AÑO</p> <p>_____ HORA _____ MINUTOS</p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p>_____ MES _____ AÑO</p>
--	---

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>	<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA PASAJE LA CATALPA #3724.</p> <p>Puente Alto</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-85108809</p>
--	---

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

SANTIS	BARROS	RODRIGO FERN	9574116	9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
		PSIQUIATRÍA		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
2-7548750/	Apoquindo # 3990, Las Condes			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			

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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : SOC. DE INVERSIONES PSIQUIATRICAS - Soc. De Inversiones Psiquiátricas N° 3 001814420-4

Fecha Otorgamiento : 26-08-2013 08:38 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : SANTIS BARROS, RODRIGO FERNANDO
Rut : 9574116-9
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Apoquindo # 3990, Las Condes - Tel: 2-7548750

2. Datos Trabajador

Nombre : CASANOVA CASANOVA, HECTOR DUBERLIT
Rut : 10379812-4
Edad : 47
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 26-08-2013 Lugar : Domicilio
N° Días : 14 Dirección : PASAJE LA CATALPA #3724, Puente Alto
Fecha término : 08-09-2013 Teléfono : 09-85108809
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 26-08-2013 08:38 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 26-08-2013
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.