



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 001635299-3

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

T O B A R				V I V E S				H U G O A L E J A N D				1 2 6 3 9 7 5 2				6
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
2 5 0 6 2 0 1 3				2 4 0 6 2 0 1 3				3 9		M						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
2 2		V E I N T I 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)

APELIDO PATERNO				APELIDO 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 INVALIDEZ 2 = SI 1 = 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 PASAJE VAN DICK #430

VERSALLES, Maipú

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-76262879

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

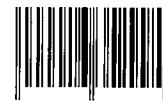
S A N T A C R U Z				R O D R I G U E Z				V I C T O R G O N Z A				1 4 5 4 3 7 2 7				K
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
24148-2								UROLOGÍA								<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								
2-2996000/				TRISTAN VALDES, Maipú												<i>Documento firmado electrónicamente</i>
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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 001635299-3

Sucursal : HOSPITAL DEL PROFESOR (MAIPU) - HOSPITAL DEL PROFESOR MAIPU

Fecha Otorgamiento : 25-06-2013 12:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : SANTA CRUZ RODRIGUEZ, VICTOR GONZALO
Rut : 14543727-K
Especialidad : UROLOGÍA
Dirección : TRISTAN VALDES, Maipú - Tel: 2-2996000

2. Datos Trabajador

Nombre : TOBAR VIVES, HUGO ALEJANDRO
Rut : 12639752-6
Edad : 39
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 24-06-2013 Lugar : Domicilio
N° Días : 22 Dirección : PASAJE VAN DICK #430 VERSALLES, Maipú
Fecha término : 15-07-2013 Teléfono : 09-76262879
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 25-06-2013 12:43 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 25-06-2013
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.