

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : INTEGRAMEDICA ALAMEDA - INTEGRAMEDICA LA FLORIDA

N° 3 001867977-9

Fecha Otorgamiento : 11-09-2013 12:16 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : DOMINGUEZ CASTRO, CLAUDIO ARMANDO
Rut : 10434552-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida - Tel: 2-4501700

2. Datos Trabajador

Nombre : NADALES ROJAS, KAREN MACARENA
Rut : 16123247-5
Edad : 28
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 7. Patología del Embarazo

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 11-09-2013 Lugar : Domicilio
N° Días : 21 Dirección : BAHIA INGLESA #0736, Puente Alto
Fecha término : 01-10-2013 Teléfono : 09-68346657
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 11-09-2013 12:16 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 11-09-2013
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 001867977-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NADALES				ROJAS				KAREN MACARE				16123247				5
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
11092013				11092013				28		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
21		VEINTIUNO														
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</p> <p>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA</p> <p>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL</p> <p>4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO</p> <p>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL</p> <p>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO</p>															
7															
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 1 = NO												
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIA</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>									DIA		MES		AÑO	
DIA		MES		AÑO											
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO													
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"> <tr> <td>05</td><td>20</td><td>13</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>			05	20	13	MES		AÑO						
05	20	13													
MES		AÑO													

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	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 BAHIA INGLESA #0736, Puente	
Alto _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-68346657	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

DOMINGUÉZ				CASTRO				CLAUDIO ARMA				10434552				2
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA				1				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
2-4501700/				VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida				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 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.