





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 003057241-6

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S	O	T	O							E	S	P	A	R	Z	A				B	E	R	T	A	F	R	E	S	I	A	7	1	0	9	1	1	9				8
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
2	0	0	8	2	0	1	4	2	0	0	8	2	0	1	4	5	8	F																							
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO																															
1	4	C A T O R C E																																							
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

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

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>ELISA CORREA #610, Puente</u>	
Alto _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-94848346</u>	

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	O	P	E	Z						I	L	L	A	N	E	S				L	U	I	S	F	E	L	I	P	E	1	6	1	2	4	0	2	6			5	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD											1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA										
<u>02-3548501/</u>										<u>VICUÑA MACKENA, San Joaquín</u>										<u>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</u>											Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL										
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN																															

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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



N° 3 003057241-6

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN

Fecha Otorgamiento : 20-08-2014 10:07 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

## 1. Datos Profesional

Profesional : Iopez Illanes, Luis Felipe  
Rut : 16124026-5  
Especialidad : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
Dirección : VICUÑA MACKENA , San Joaquín - Tel: 02-3548501

## 2. Datos Trabajador

Nombre : SOTO ESPARZA, BERTA FRESIA  
Rut : 7109119-8  
Edad : 58  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-08-2014      Lugar : Domicilio  
N° Días : 14      Dirección : ELISA CORREA #610, Puente Alto  
Fecha término : 02-09-2014      Teléfono : 09-94848346  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 20-08-2014 10:07 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 20-08-2014  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Documento NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) con el siguiente código de verificación: **3532d4**  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o al correo [lme@i-med.cl](mailto:lme@i-med.cl)