



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002094998-8

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
27112013 **25112013** **28** **F**
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
21 **VEINTIUNO**
 N° DE DÍAS N° DE DÍAS 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

7
 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 **1** 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE **2** 1 = SI 2 = NO INVALIDEZ
 FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO
 DIA MES AÑO
 TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
 HORA MINUTOS
 FECHA DE LA CONCEPCIÓN **04** **2013**
 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** 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

DOMINGUEZ **CASTRO** **CLAUDIO ARMA** **10434552** - **2**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
2-4501700/ **VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida** **1**
 REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD
2-4501700/ **VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida** **1**
 TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN FIRMA PROFESIONAL
Documento firmado electrónicamente

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



N° 3 002094998-8

Sucursal : INTEGRAMEDICA ALAMEDA - INTEGRAMEDICA LA FLORIDA
Fecha Otorgamiento : 27-11-2013 11:34 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 : 25-11-2013 **Lugar :** Domicilio
N° Dias : 21 **Dirección :** BAHIA INGLESA #0736, Puente Alto
Fecha término : 15-12-2013 **Teléfono :** 09-68346657
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 27-11-2013 11:34 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 27-11-2013
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl con el siguiente código de verificación: **076588**
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o al correo ime@i-med.cl