



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002443410-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (LOPEZ), APELLIDO MATERNO (GAJARDO), NOMBRES (MARCELA ANDR), RUN (13499916-0), FECHA OTORGAMIENTO (26032014), FECHA INICIO REPOSO (27032014), EDAD (35), SEXO (F), N° DE DIAS (07), N° DE DIAS EN PALABRAS (SIETE).

Documento firmado electrónicamente FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO (CHUAQUI), APELLIDO MATERNO (LOPEZ), NOMBRES (DIEGO), RUN (24316225-4), FECHA NACIMIENTO (27062013).

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type: 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO. Includes fields for recuperability, start date, and conception date.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL. Includes fields for rest location and justification.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (SERRA), APELLIDO MATERNO (COROMINAS), NOMBRES (JOSE MIGUEL), RUN (7542502-3), ESPECIALIDAD (1 = MÉDICO), DIRECCIÓN (ALMIRANTE PASTENE, Providencia).

Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002465096-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (LOPEZ), APELLIDO MATERNO (GAJARDO), NOMBRES (MARCELA ANDR), RUN (13499916-0), FECHA OTORGAMIENTO (01042014), FECHA INICIO REPOSO (03042014), EDAD (35), SEXO (F), N° DE DIAS (07), N° DE DIAS EN PALABRAS (SIETE).

Documento firmado electrónicamente FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO (CHUAQUI), APELLIDO MATERNO (LOPEZ), NOMBRES (DIEGO), RUN (24316225-4), FECHA NACIMIENTO (27062013).

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type: 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO. Includes fields for recuperability, start date, and conception date.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL. Includes fields for rest location and justification.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (SERRA), APELLIDO MATERNO (COROMINAS), NOMBRES (JOSE MIGUEL), RUN (7542502-3), ESPECIALIDAD (1 = MÉDICO), DIRECCIÓN (ALMIRANTE PASTENE, Providencia).

Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/