



# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002436614-6

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Q U I N T A N A      P A C H E C O      J E S S I C I A      1 3 0 7 0 8 0 2 - 1  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN  
 2 5 0 3 2 0 1 4      1 1 0 2 2 0 1 4      3 8      F  
 FECHA OTORGAMIENTO      FECHA INICIO REPOSO      EDAD      SEXO  
 8 4      O C H E N T A Y C U A T R O      *Documento firmado electrónicamente*  
 N° DE DIAS      N° DE DIAS EN PALABRAS      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)

M I L L A S      Q U I N T A N A      A N T O N I A      2 4 5 3 5 9 7 6 - 4  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN  
 1 1 0 2 2 0 1 4  
 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

3

RECUPERABILIDAD LABORAL  1 1 = SI 2 = NO      INICIO TRAMITE INVALIDEZ  2 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO      DIA      MES      AÑO

                 TRAYECTO  1 = SI 2 = NO

HORA      MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCIÓN      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,Nº,DEPTO,COMUNA PJE SAN MAXIMO 02735 PORTAL DEL VALLE, Puente Alto

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 02-29734757

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A S F U R A      A S F U R A      C A R L O S D A N I E      6 2 2 3 9 5 2 - 2  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

19104-3      OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA       1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA  
 REG. COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRÓNICO      ESPECIALIDAD

9983000/      CONCHA Y TORO, Puente Alto      *Documento firmado electrónicamente*  
 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 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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE  
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002238428-7

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Q U I N T A N A	P A C H E C O	J E S S I C A	1 3 0 7 0 8 0 2 - 1
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 6 0 1 2 0 1 4	1 3 0 1 2 0 1 4	3 7	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
4 2	C U A R E N T A Y D O S	Documento firmado electrónicamente	
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS	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 18.857)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

### A.3 TIPO LICENCIA

3	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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	0 6 2 0 1 3 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 PJE SAN NICOLAS 2841 VILLA	
PARQUE SAN FRANCISCO, Puente Alto	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 02-27923266	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A S F U R A	A S F U R A	C A R L O S D A N I E	6 2 2 3 9 5 2 - 2
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
19104-3		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	1
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
9983000/	CONCHA Y TORO, Puente Alto	Documento firmado electrónicamente	
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 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 002436614-6

Sucursal : MEGASALUD S.A. - MEGASALUD PUENTE ALTO  
Fecha Otorgamiento : 25-03-2014 12:38 hrs.  
Entidad que se pronuncia : CONSALUD  
Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

## 1. Datos Profesional

Profesional : Asfura Asfura, Carlos Daniel  
Rut : 6223952-2  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Dirección : CONCHA Y TORO , Puente Alto - Tel: 9983000

## 2. Datos Trabajador

Nombre : QUINTANA PACHECO, JESSICA  
Rut : 13070802-1  
Edad : 38  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 11-02-2014 Lugar : Domicilio  
N° Días : 84 Dirección : PJE SAN MAXIMO 02735 PORTAL DEL VALLE, Puente Alto  
Fecha término : 05-05-2014 Teléfono : 02-29734757  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 25-03-2014 12:38 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 25-03-2014  
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](http://www.licencia.cl) con el siguiente código de verificación: **64591c**  
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o al correo [ime@i-med.cl](mailto:ime@i-med.cl)

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002238428-7

Sucursal : MEGASALUD S.A. - MEGASALUD PUENTE ALTO

Fecha Otorgamiento : 16-01-2014 10:25 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

## 1. Datos Profesional

Profesional : Asfura Asfura, Carlos Daniel  
Rut : 6223952-2  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Dirección : CONCHA Y TORO , Puente Alto - Tel: 9983000

## 2. Datos Trabajador

Nombre : QUINTANA PACHECO, JESSICA  
Rut : 13070802-1  
Edad : 37  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 13-01-2014      Lugar : Domicilio  
N° Días : 42      Dirección : PJE SAN NICOLAS 2841 VILLA PARQUE SAN FRANCISCO, Puente Alto  
Fecha término : 23-02-2014      Teléfono : 02-27923266  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 16-01-2014 10:25 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 16-01-2014  
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](http://www.licencia.cl) con el siguiente código de verificación: **50e976**  
Centro de Atención a Usuario l-med al teléfono 02-7149500 o al correo [lme@l-med.cl](mailto:lme@l-med.cl)