



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 001530112-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (PEREZ), APELLIDO MATERNO (AGUAYO), NOMBRES (MARIANA CECI), RUN (98922547), FECHA OTORGAMIENTO (17052013), FECHA INICIO REPOSO (17052013), EDAD (4), SEXO (F), N° DE DIAS (30), N° DE DIAS EN PALABRAS (TREINTA).

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 16.887)

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA NACIMIENTO.

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type selection: 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. Includes fields for recuperability, start date, and trajectory.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

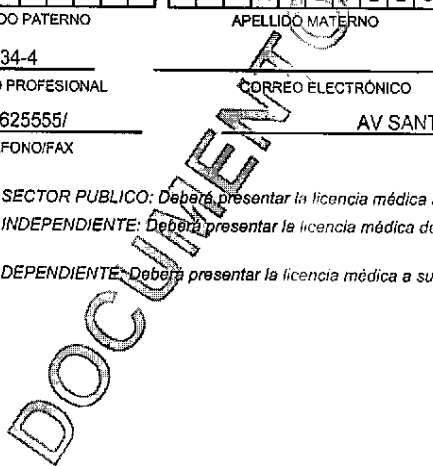
Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes fields for rest location, justification, address, and phone number.

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (FORONDA), APELLIDO MATERNO (PEÑALILLO), NOMBRES (CRISTIAN PA), RUN (89511798), REG. COLEGIO PROFESIONAL (18834-4), ESPECIALIDAD (TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA), TELÉFONO/FAX (2-3625555/), AV SANTA MARÍA, Providencia.

Documento firmado electrónicamente
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 tres días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período 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 Médico Electrónica



N° 3 001530112-0

Sucursal : CLÍNICA INDISA - CLÍNICA INDISA  
Fecha Otorgamiento : 17-05-2013 08:35 hrs.  
Entidad que se pronuncia : COLMENA  
Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

## 1. Datos Profesional

Profesional : FORONDA PEÑAILLO, CHRISTIAN PABLO  
Rut : 8951179-8  
Especialidad : TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDYATRIA  
Dirección : AV SANTA MARIA , Providencia - Tel: 2430 1111

## 2. Datos Trabajador

Nombre : PEREZ AGUAYO, MARIANA CECILIA  
Rut : 9892254-7  
Edad : 48  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 17-05-2013	Lugar	: Domicilio	Lugar secundario	: Hospital
N° Días	: 30	Dirección	: LUIS THAYER OJEDA 308 DEP 403, Providencia	Dirección secundaria	: SANTA MARIA 1810, Providencia
Fecha término	: 15-06-2013	Teléfono	: 09-87753538	Teléfono secundario	: 02-3625555
Tipo	: Reposo Total				

## 4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional  
Fecha Última Modificación : 17-05-2013 08:35 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0  
Fecha de Recepción : 17-05-2013  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.