



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002574514-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

O P A Z O	A L B O R N O Z	D A N I E L A D E L	1 5 4 1 0 5 0 0 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
3 0 0 4 2 0 1 4	0 5 0 5 2 0 1 4	3 2	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 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)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3</p>
<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>_____ DIA _____ MES _____ AÑO</p> <p>_____ HORA _____ MINUTOS</p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p>0 9 / 2 0 1 3</p> <p>MES AÑO</p>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>
<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA SANTA JULIA 330, La Florida</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-98732641</p>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C A R S T E N S	U L L O A	E D U A R D O	7 5 1 0 6 3 4 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
13717-0		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
2-3954538/	TABANCURA, Vitacura	Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	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 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.