

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 003095168-9

Sucursal : CLÍNICA INDISA - CLÍNICA INDISA
Fecha Otorgamiento : 28-08-2014 19:37 hrs.
Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA
Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : CLAVERO PEREZ, MARCO ANTONIO
Rut : 7402331-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : AV SANTA MARIA , Providencia - Tel: 2-3625555

2. Datos Trabajador

Nombre : NAVIA NAVIA, ELBA ALEXANDRA
Rut : 15418904-1
Edad : 33
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 28-08-2014 Lugar : Domicilio
N° Días : 25 Dirección : Libertad #1439 DPTO. 1415, Santiago
Fecha término : 21-09-2014 Teléfono :
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 28-08-2014 19:37 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 28-08-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 003095168-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NAVIA APELLIDO PATERNO NAVIA APELLIDO MATERNO ELBA ALEXAND NOMBRES 15418904 - 1 RUN
 28082014 FECHA OTORGAMIENTO 28082014 FECHA INICIO REPOSO 33 EDAD F SEXO
 25 N° DE DIAS VEINTICINCO N° DE DIAS 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

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 1 = NO 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO
 HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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 Libertad #1439 DPTO. 1415, Santiago

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CLAVERO APELLIDO PATERNO PEREZ APELLIDO MATERNO MARCO ANTONI NOMBRES 7402331 - 2 RUN
 13760-k REG. COLEGIO PROFESIONAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIDAD 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
 2-3625555/ TELÉFONO/FAX AV SANTA MARIA, Providencia DIRECCIÓN 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 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.