



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002375604-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

I B A R R A				S O T O				M I C H E L L E E M A				1 5 7 4 9 6 4 7 - 6			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
0 7 0 3 2 0 1 4				0 7 0 3 2 0 1 4				2 9		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 3		T R E S													
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS 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

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL		<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Av. Vicuña Mackenna #7320</u>		
DEPTO <u>2007 Edificio Bellav, La Florida</u>		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-82435783</u>		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M U Ñ O Z				N A V A R R E T E				K A R I N A E S T H E				1 3 9 0 5 8 9 5 - K			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
<u>3548551/</u>				<u>VICUÑA MACKENA, San Joaquín</u>				<u>MEDICINA GENERAL</u>				<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002375604-8

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN

Fecha Otorgamiento : 07-03-2014 09:29 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : Muñoz Navarrete, Karina Esther
Rut : 13905895-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : VICUÑA MACKENA , San Joaquín - Tel: 3548551

2. Datos Trabajador

Nombre : IBARRA SOTO, MICHELLE EMA MARIA
Rut : 15749647-6
Edad : 29
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 07-03-2014 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : Av. Vicuña Mackenna #7320 DEPTO 2007 Edificio Bellav, La Florida
Fecha término : 09-03-2014 Teléfono : 09-82435783
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 07-03-2014 09:29 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 07-03-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

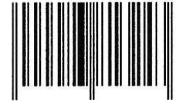
No hay pronunciamientos para esta licencia.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002381324-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

I B A R R A	S O T O	M I C H E L L E E M A	1 5 7 4 9 6 4 7 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 0 0 3 2 0 1 4	1 0 0 3 2 0 1 4	2 9	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 4	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)

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>1</p>
<p>RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>TRAYECTO 1 = SI 2 = NO</p> <p>HORA MINUTOS</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p>1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL</p> <p>A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>	<p>1</p>
<p>LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA Av. Vicuña Mackenna #7320</p> <p>DEPTO 2007 Edificio Bellav, La Florida</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-82435783</p>	<p>1</p>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M U Ñ O Z	N A V A R R E T E	K A R I N A E S T H E	1 3 9 0 5 8 9 5 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
		MEDICINA GENERAL	1
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
3548551/	VICUÑA MACKENA, San Joaquín		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 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 002381324-6

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN

Fecha Otorgamiento : 10-03-2014 11:31 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : Muñoz Navarrete, Karina Esther
Rut : 13905895-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : VICUÑA MACKENA, San Joaquín - Tel: 3548551

2. Datos Trabajador

Nombre : IBARRA SOTO, MICHELLE EMA MARIA
Rut : 15749647-6
Edad : 29
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 10-03-2014 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 4 **Dirección** : Av. Vicuña Mackenna #7320 DEPTO 2007 Edificio Bellav, La Florida
Fecha término : 13-03-2014 **Teléfono** : 09-82435783
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 10-03-2014 11:31 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 10-03-2014
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 002395646-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

I B A R R A				S O T O				M I C H E L L E E M A				1 5 7 4 9 6 4 7 - 6			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
1 3 0 3 2 0 1 4				1 4 0 3 2 0 1 4				2 9		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 5		C I N C O													
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS										FIRMA TRABAJADOR			

Documento firmado electrónicamente

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

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA Av. Vicuña Mackenna #7320 DEPTO 2007 Edificio Bellav, La Florida	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-82435783	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M U Ñ O Z				N A V A R R E T E				K A R I N A E S T H E				1 3 9 0 5 8 9 5 - K			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				MEDICINA GENERAL				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
3548551/				VICUÑA MACKENA, San Joaquín				Especialidad				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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002395646-2

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN

Fecha Otorgamiento : 13-03-2014 12:08 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : Muñoz Navarrete, Karina Esther
Rut : 13905895-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : VICUÑA MACKENA, San Joaquín - Tel: 3548551

2. Datos Trabajador

Nombre : IBARRA SOTO, MICHELLE EMA MARIA
Rut : 15749647-6
Edad : 29
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-03-2014 **Lugar :** Domicilio
N° Días : 5 **Dirección :** Av. Vicuña Mackenna #7320 DEPTO 2007 Edificio Bellav, La Florida
Fecha término : 18-03-2014 **Teléfono :** 09-82435783
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 13-03-2014 12:08 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 13-03-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.