



**LICENCIA MÉDICA**  
**Otorgada para cotizante ISAPRE**  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 002690382-3

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

A R A V E N A				R U B I O				M A R C E L A P A Z				1 0 3 6 2 7 2 8				1
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
3 1 0 5 2 0 1 4				3 0 0 5 2 0 1 4				4 4		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
2 1		V E I N T I U N O														
N° DE DIAS		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 18.657)

APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
FECHA NACIMIENTO																

**A.3 TIPO LICENCIA**

1	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 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 1 = SI 2 = NO												
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="2"></td> </tr> </table>									DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO													
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO													
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>									MES	AÑO				
MES	AÑO														

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>PSJE CONIMO #292, San Joaquín</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-4199418</u>	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

L U N A				S E G U E L				D A N I E L A P A Z				1 6 9 9 7 8 8 6				7
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
33833-8								OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA								1
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
09-68368217/				MARCOLETA, Santiago												<i>Documento firmado electrónicamente</i>
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.