



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002671655-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	S	T	O	R	G	A	A	N	A	B	A	L	O	N	P	A	U	L	L	I	N	A	D	E	L	1	3	2	5	6	8	3	4	0			
APELLIDO PATERNO														APELLIDO MATERNO										NOMBRES				RUIÑ									
2	7	0	5	2	0	1	4	2	7	0	5	2	0	1	4	3	6	F	3	6	F																
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																			
0	7	S I E T E																																			
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 18.667)

T	A	P	I	A	A	S	T	O	R	G	A	S	A	N	T	I	A	G	O	2	4	4	6	1	6	5	2	6			
APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO										NOMBRES				RUIÑ					
2	1	1	1	2	0	1	3																								
FECHA NACIMIENTO																															

A.3 TIPO LICENCIA

4	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
1	1 = SI 2 = NO
2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	
DIA MES AÑO	
TRAYECTO	
HORA MINUTOS	
1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	
MES AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
LUGAR DEL REPOSO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE-N°-DEPTO.-COMUNA pasaje rodon 3509, letra N.	
Mascú	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-94899274	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	O	L	I	S	F	L	O	R	E	S	X	I	M	E	N	A	M	A	R	G	A	9	8	5	5	6	1	1	7
APELLIDO PATERNO											APELLIDO MATERNO											NOMBRES				RUIÑ			
20298-3											CORREO ELECTRÓNICO											PEDIATRÍA				1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL											DIRECCIÓN											ESPECIALIDAD				Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL			
2-5447450/											IRARRAZABAL, Nuñoa																		
TELÉFONO/FAX																													

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002671655-1

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - PUC IRARRAZABAL
Fecha Otorgamiento : 27-05-2014 11:51 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : SOLIS FLORES, XIMENA MARGARITA
Rut : 9855611-7
Especialidad : PEDIATRÍA
Dirección : IRARRAZABAL, Nuiñoa - Tel: 2-5447450

2. Datos Trabajador

Nombre : ASTORGA ANABALON, PAULINA DE LOS ANGEL
Rut : 13256834-0
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 4. Enfermedad Grave del hijo menor de 1 año

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 27-05-2014 Lugar : Domicilio
N° Dias : 7 Dirección : pasaje rockon 3509, letra N, Macul
Fecha Finitivo : 02-06-2014 Teléfono : 09-94899274
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 27-05-2014 11:51 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 816898900-0
Fecha de Recepción : 27-05-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.