



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002206719-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E S C O B A R				O L I V O S				G L A D Y S R U T H				7 1 1 6 8 8 4				0
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
0 6 0 1 2 0 1 4				0 8 0 1 2 0 1 4				6 0		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
3 0		T R E I N T A														
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 18.657)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
FECHA NACIMIENTO																

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____	
DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO.COMUNA padre jose kentanich 3008,	
Macul	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V E G A				M A Y E R				J O R G E R A F A E L				7 0 3 8 1 4 4				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
15471-7								ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA								<input checked="" type="checkbox"/> 1
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
2-7548932/				VICUÑA MACKENA, San Joaquín												<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 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.

