



# Certificado de Alta Laboral

## LEY N° 16.744

Número de Certificado

Fecha Emisión Certificado

### A. Identificación del Caso

<input type="text"/>	Tipo de Denuncia: <input type="checkbox"/> DIAT <input type="checkbox"/> DIEP	<input type="text"/>
Código Único Nacional (CUN)		Fecha de la DIAT o DIEP

### B. Identificación del Trabajador/a

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombres – Apellido Paterno – Apellido Materno		RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Comuna	Teléfono

### C. Identificación del Empleador

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre o Razón Social	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Comuna

### D. Indicaciones al Alta Laboral

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Alta Inmediata	Fecha de Alta Laboral
Condiciones prescritas por el Médico para el reintegro al trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="text"/>	
Por un Período de <input type="text"/> Días	
Debe continuar en control médico o con tratamiento ambulatorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="text"/>	

### E. Identificación

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres – Apellido Paterno – Apellido Materno	RUT	
<input type="text"/>		
Nombre del Administrador del Seguro de la Ley No 16.744		Firma y Timbre del Administrador

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.