



Licencia Médica Electrónica Empleador



Licencia Médica Electrónica

Sin trámites, con toda la protección









Para tramitar una LME, ingrese a "Empleadores"

Ahora FONASA + ISAPRES

4 años adelante, simplificando la tramitación de Licencias Médicas



"Avda 11 de Septiembre 1901 Piso 3, Santiago, Chile - Teléfono: 714 9500 - Email: Ime@i-med.cl @ 2008 Derechos Reservados - I-Med



Licencia Médica Electrónica



Adscribirme a LME | (02.714 9500 | Soporte Técnico



Página de acceso a Empleadores

Servicio sin costo para el empleador Consulta Licencias Médicas Electrónicas emitidas





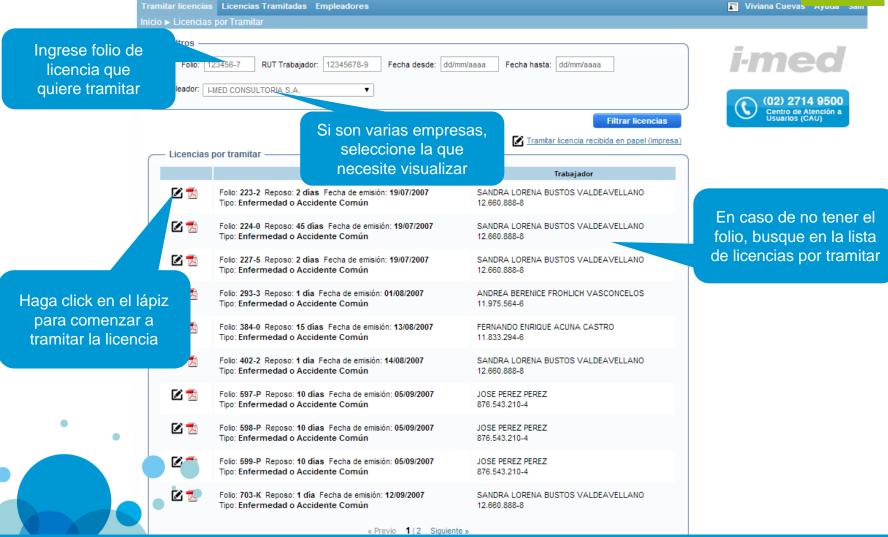
Ingrese rut y clave del usuario autorizado















Licencia Médica Electrónica Tramitación LME FONASA







Indique dirección en donde cumple las funciones laborales

Dirección donde cumple funciones: Otra direcció

Comuna Calle, Numero, Departamento/Oficina
Ocupación: Administrativo
Fecha contrato trabajo: 18/03/2014

Regimen previsional: Decreto Ley 3500 A.F.P.

nal: 18/03/2014

El Régimen previsional estará seleccionado por defecto en "Decreto Ley 3500 A.F.P" Seleccione ocupación

Calidad: Trabajador Dependiente Sector Privado

Contrato de duración indefinida

Institución previsional: 03 - CUPRUM

 Seleccione la calidad del trabajador

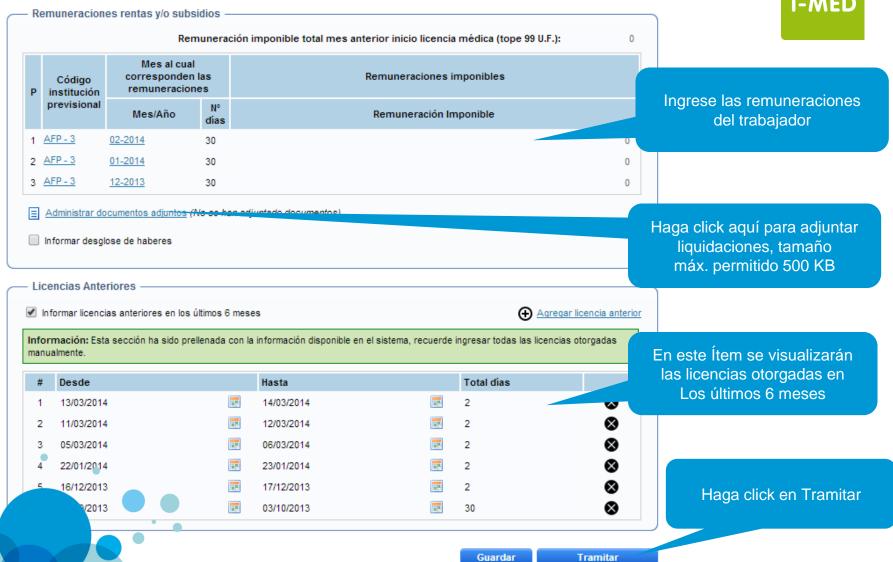
Seleccione AFP

Si es pensionado, seleccione casilla

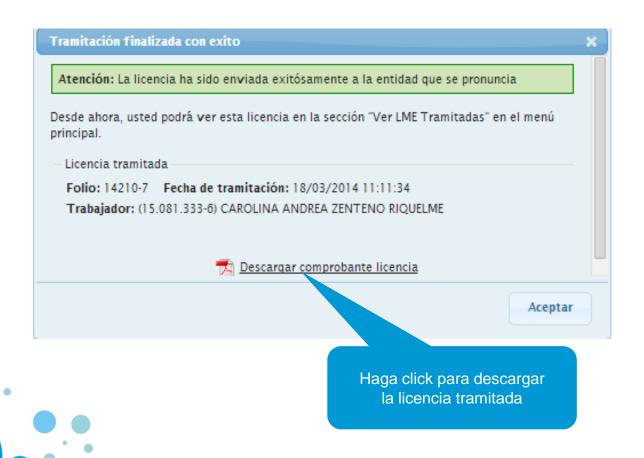


Fecha afiliación pro













Licencia Médica



MINISTERIO DE SALUD

	DOCUMENTO NO	VÁLIDO PARA TRÁMITES	N° 3 00001419
ECCIÓN A: USO Y RESPO	NSABILIDAD EXCLUSIVA DEL	PROFESIONAL	
.1 IDENTIFICACIÓN DE	L TRABAJADOR		
APELLIDO PATERNO	A R D I L E S N	A D I A D E L C A 1 2 NOMBRES	7 1 8 9 3 4 - K
1 0 0 3 2 0 1 4 FECHA OTORGAMIENTO		B 9 F EDAD SEXO	24
0 2 DOS	N* DE DIAS EN PALABRAS		to firmado electrónicamente FIRMA TRABAJADOR
2 IDENTIFICACIÓN DE idio para licencias por enfermedad grave		00 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN -
FECHA NACIMIENTO		A.4 CARACTERÍSTICAS DEL RE	POSO
	/E HIJO MENOR DE 1 AÑO ABAJO O DEL TRAYECTO FESIONAL	2 = REPOSO LABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIA	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
RECUPERABILIDAD 1 = SI LABORAL 2 = NO	INICIO TRAMITE 2 1 = SI INVALIDEZ 2 = NO	LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILI	0
TRABA IO O DEL TRAVECTO	MA MES AÑO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	100
HORA MINUTOS	TO 1=SI 2=NO	DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA SAR Santiago	A DEL CAMPO 570 D 1004,
FECHA DE LA CONCEPCIÓN ME	S AÑO	TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0:	27149500
A.5 IDENTIFICACIÓN DE	EL PROFESIONAL		
APELLIDO PATERNO	S E P U L V E D A V APELLIDO MATERNO	NOMBRES	7 4 9 2 8 5 - 3 RUN 1 1=MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	PSIQUIATRIA ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA 3 = MATRONA
2-7457574/	11 DE SEPTIEME	RE 1901, Providencia Docum	nento firmado electrónicament
TELÉFONOVEAX	DIE	RECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL

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



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/

Página 1 de 3





Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD

			N 3 000014193-K
SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXC	LUSIVA DEL EMPLEADO	OR	
C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEA	ADOR O TRABAJADOF	R INDEPENDIENTE	
TI-MED CONSULTO	RILIAL ISL.IAL.I	ппппп	HILL COLL
	RAZON SOCIAL EMP	LEADOR	
9 9 5 4 2 6 5 0 -1 2 -	7 1 4 9 5 0 8	1 0 0 3	POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
PROVIDENCIA 19			T T T T T T T T T T T T T T T T T T T
	DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNC	IONES EL TRABAJADOR	
PROVIDENCIA COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN		6
			D
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCUPA	ACION
0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOL 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.	AS, SILVICCULTURA Y PESCA.		11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO. 12 = PROFESOR.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS. 3 = CONSTRUCCION.			13 = OTRO PROFESIONAL. 14 = TECNICO.
9 4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA. 5 = COMERCIO.		\$ 76T	15 = VENDEDOR
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y		41.	17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBI 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, F			18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR. 19 = OTRO (ESPECIFICAR).
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA			
C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIM	EN DREVISIONAL DEL	TRABA IADOR V ENTIDA	AD BAGADORA DEL SUBSIDIO
REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL TR		SEGURO DE DESEMPLEO
2 1= D.L. 3501 INP.		UBLICO AFECTO A LEY Nº 18.834.	
2= D.L. 3500 A.F.P.	2 = TRABAJADOR SECTOR P	UBLICO NO AFECTO A LA LEY Nº 18.834.	
CÓDIGO 5 LETRA (CAJA PREV)	4 = TRABAJADOR DEPENDIE 4 = TRABAJADOR INDEPEND		Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO
NOMBRE	03032008	V	
INT. PREV.			CHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)
_		SIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN	
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1			LICENCIA TIPO 5 6 6
C A = SERVICIO DE SALUD		E = SERVICIO DE SALUE	
B = ISAPRE C = C.C.A.E.		F = MUTUAL G = INP	
D = EMPLEADOR		H = EMPLEADOR	
LOS ANDES			
	NOMBRE ENTIDAD PAG	SADORA DEL SUBSIDIO	



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.c//

Página 2 de 3





Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 000014195-K

% DESAHUCIO

D . 0

Remuneración imponible previsional mas antarior inicio loancia médica (tope 99 UF) para trabajador affiado a AFC

corresponder a los 3 meses

MINISTERIO DE SALUD

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D.Y.E. CUANDO CORRESE

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÓBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D.Y.E. CLIANDO CORRESPONDA.

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR POLICIO COLE COTICA PIRADA CESALANDA Y PARA CESALANDO Y AUGULLOS TRABASPAGADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3003/09 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPT UN PERIODO SUPERIOR A I	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		
PREVISIONAL	REMUNERACIONES			IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y			
	MES	ANO			MONTO	N° DÍAS	
	3	A		В	c	D	3
5	12	2013	30	\$0	\$ 600.000	\$0	0
5	01	2014	30	\$0	\$ 600.000	\$0	0
5	02	2014	30	\$0	\$ 600.000	\$ 0	0
			-			-	7.2
			_			-	6

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPT UN PERIODO SUPERIOR A L	PONDA A	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD		
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y	TOTAL REMUNERACIONES IMPO		LABORAL	
	MES			PUBLICOS PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)		MONTO	N° DÍAS	
	A	В	c		0	Ε		
						N.		
_					Z	7	ŝ	1
							9	
							l.	
				î		10		
	1			Q.		- 61	7	1

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENT

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA			
TOTAL DIAG	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
2	06	03	2014	06	03	2014	
2	22	01	2014	23	01	2014	
2	15	01	2014	16	01	2014	
. 1	18	12	2013	18	12	2013	
2	16	12	2013	17	12	2013	
15	22	11	2013	06	12	2013	

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de

Documento firmado electrónicamente



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/ Pádina 3 de 3



Comp	robante	de Licencia Médica Electrónica	
(7)		Sucursal: PRESTADOR PUBLICO -MED - CLINICA DE PRUEBAS	N° 3 000014195-K
	Fed	cha Otorgamiento : 10-03-2014 17:05 hrs.	N° 3 000014195-K
		que se pronuncia : FONASA	
		Empleador: I-MED CONSULTORIA S.A.	
		Empleador - I-MED CONSULTORIA S.A.	
1. Datos	Profesiona		.60
Profesional		CUEVAS SEPULVEDA, VIVIANA	41.
Rut		: 15749285-3	
Especialidad		: PSIQUIATRÍA	
Dirección		: 11 DE SEPTIEMBRE 1901, Providencia - Tel: 2-7457574	
2. Datos	Trabajador		
Nombre		: NAVARRO ARDILES, NADIA DEL CARMEN	
Rut		: 12718934-K	
Edad		: 39	
Sexo		: Femening	
Tipo Licencia		1. Enfermedad o Accidente Común	
Canal de cont	acto	: Carta certificada	
3. Datos	Panasa		
Fecha Inicio	: 10-03-2014	Lugar : Domicilio	
Nº Dias	10-03-2014	Dirección : SARA DEL CAMPO 570 D 1004, Santiago	
	: 11-03-2014	Teléfono : 02-27149500	
Fecha término Tipo	Reposo Total	12-2/149500	
20000000			
4. Estado	de la licen	cia	
Estado		Pendiente validación por CCAF	
Fecha Última I	Modificación	10-03-2014 17:16 hrs.	
Motivo Anulac		A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	
Motivo Recha:			
Motivo Devolu	ción		
5. Datos	del Emplea	dor	
Rut del Emple	ador	99542650-1	
Fecha de Rece		1 10-03-2014	
	o a pronunciamie		
6 Dates	de pronunc		



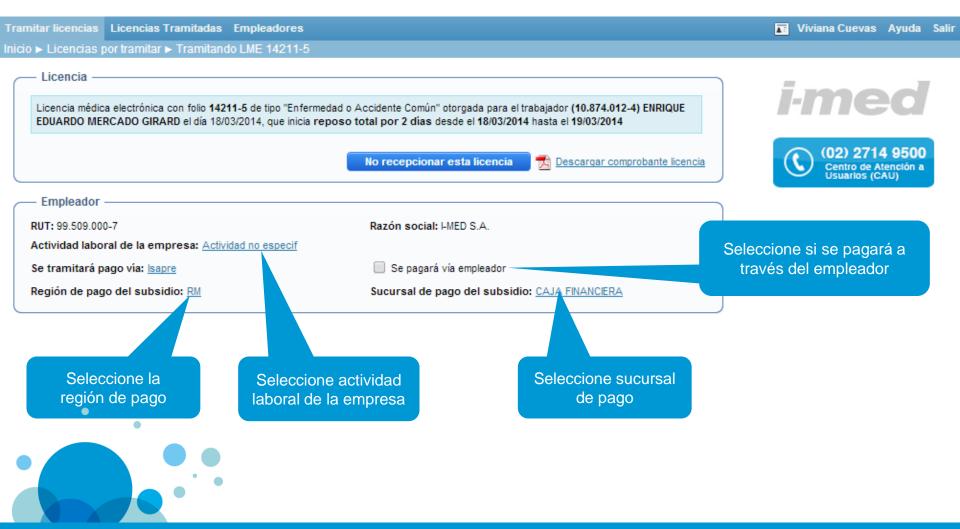
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl con el siguiente código de verificación: d33ddf Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o al correo Ime@-med.cl



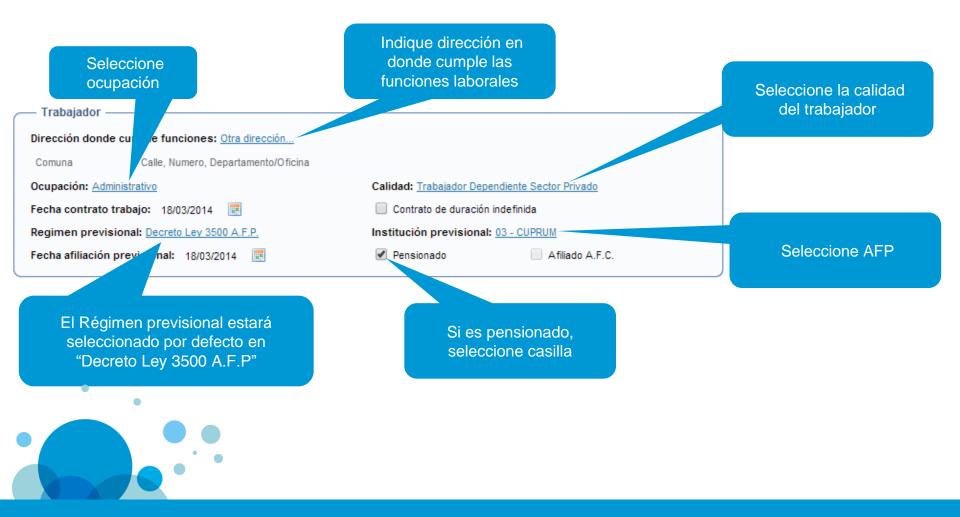


Licencia Médica Electrónica Tramitación LME Isapres

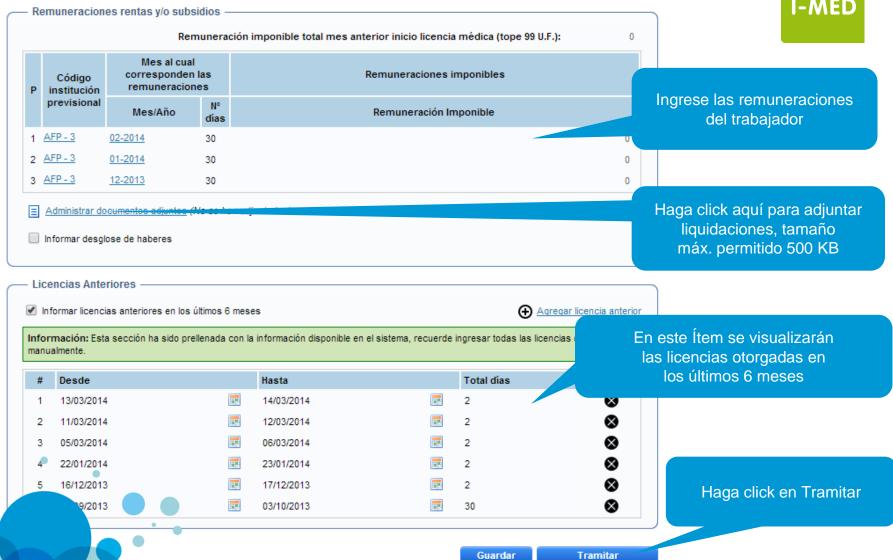




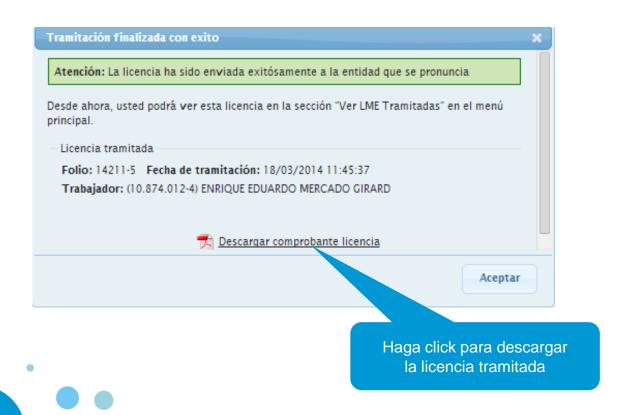
















Licencia Médica



MINISTERIO DE SALUD

	a cotizante FONASA VÁLIDO PARA TRÁMITES N° 3 0000141:
SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL	PROFESIONAL
A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	
N A V A R R O APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO	A D I A D E L C A 1 2 7 1 8 9 3 4 - K NOMBRES RUN
	EDAD SEXO
0 2 D O S N° DE DIAS EN PALABRAS	Do <u>cumento firmado electrónicament</u> e FIRMA TRABAJADOR
A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 20	10 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO FECHA NACIMIENTO	NOMBRES RUN -
A.3 TIPO LICENCIA	A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERIAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE I AÑO 5 = ACCIDENT DE LE TRABAJO O DE DE TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	1 1 - REPOSO LABORAL TOTAL 2 - REPOSO L'ABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIAL B - TARDE C - NOCHE
RECUPERABILIDAD 1 1 = SI INIGIO TRAMITE 2 1= SI LABORAL 2 = NO INVALIDEZ 2 = NO FECHA DEL ACCIDENTE TRABALIO O DEL TRAYECTO	LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
TRABAJO O DEL TRAVECTO DIA MES AÑO	V
TRAYECTO 1 = SI HORA MINUTOS	DIRECCIÓN: CALLE;N°,DEPTO;COMUNA SARA DEL CAMPO 570 D 1004, Santiago
FECHA DE LA CONCEPCIÓN AÑO	TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 02-27149500
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	
C U E V A S S S E P U L V E D A V APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	
	PSIQUIATRÍA 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD 3 = MATRONA
2-7457574/ 11 DE SEPTIEME	RE 1901, Providencia Documento firmado electrónicamen
TELÉFONO/FAX DIF	RECCIÓN FIRMA PROFESIONAL

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



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/

Página 1 de 3





Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXC	LUSIVA DEL EMPLEA	DOR	
C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEA	ADOR O TRABAJADO	OR INDEPENDIENTE	
I - MED CONSULTOR	R I A S . A .		шшцбрш
9 9 5 4 2 6 5 0 -1 2 -	7 1 4 9 5 0 8 TELEFONO	1 0 0	3 2 0 1 4 (CIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
	9 , PROVI	DENCIA	
PROVIDENCIA COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMP		8
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		ocu	JPACION
0 - ASPICIATURA SERVICIOS AGRICOL. 1 = MINAS, PETRACIGOS Y CONTRAS. 2 = NIOUSTRIAS MANUFACTURERAS. 3 = CONSTRUCCION. 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA. 5 = TRANSPORT, CAMACENAMENTO Y 5 = TRANSPORT, CAMACENAMENTO Y 5 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, P 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA	COMUNICACIONES. LES Y SERVICIOS TECNICOS Y P	ROFESIONALES Y OTROS.	11 - LIECUTIVO O DIRECTIVO. 12 - PROFESOR. 13 - OTRO PROFESIONAL. 14 - TECNICO. 15 - VENDEDOR. 16 - VENDEDOR. 17 - OPERANO, TRANSAUDOR MANUAL. 18 - OTRO (ESPECIFICAR).
C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMI			
REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL		SEGURO DE DESEMPLEO
2 1= D.L. 3500 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO 5 LETRA (CAJA PREV)	2 = TRABAJADOR SECTO	R PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. R PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18. DIENTE SECTOR PRIVADO. NDIENTE,	.834. Trabajador affiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida 1 = SI 2 = NO
NOMBRE INT. PREV.	0303200		0 3 0 3 2 0 0 8 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)
	11	UBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACI	
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1			DIO LICENCIA TIPO 5 6 6
A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	50	E = SERVICIO DE SA F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR	ALUD
LOS ANDES		$\overline{\Box}$	
OCIMINA		AGADORA DEL SUBSIDIO	







Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA **DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

N° 3 000014195-K

MINISTERIO DE SALUD

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABALADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABALADORES DEL SECTOR POSILOS DESEN RECOSTRAN ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.

LOS TRABALADORES DEL SECTOR PÓSILOS QUE COTIZAN PARA DESANACIÓN Y AUGULLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-308/890 ADEMÁS DESEN REGISTRAR REMUNERACIÓNES EN LA COLUMNA S.

LOS TRABALADORES DEL SECTOR PÓSILOS QUE COTIZAN PARA DESANACIÓN Y AUGULLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-308/890 ADEMÁS DESEN REGISTRAR REMUNERACIÓNES EN LA COLUMNA S. (INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPT UN PERIODO SUPERIOR A L	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD				
PREVISIONAL	REM	REMUNERACIONES		REMUNERACIONES			TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	LABORAL	
	MES	ANO	Nº DÍAS	PUBLICOS	PARA PENSIONES 1 SALUD (TOPE 86 OF)	MONTO	N° DÍAS		
		Α.		В	c	D	- 67		
5	12	2013	30	\$0	\$ 600.000	\$0	0		
5	01	2014	30	\$0	\$ 600.000	\$0. 1	0		
5	02	2014	30	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	0		
			-				-		
					1	- /	5		



EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPT UN PERIODO SUPERIOR A L	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD		
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	LABORAL	
	MES	ANO	Nº DÍAS	PUBLICOS PARA PENSIONES Y SALUU (TOPE 66 UF)		MONTO	N° DÍAS
		A		В	c	D	
_	- 9			Ē	Z) '	202	-
	1 2			ii		9	
						J.	
				T .			
	0.00					8	

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIÊNTE)

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
TOTAL DIAG	DIA	MES	ARO	DIA	MES	AÑO
2	06	03	2014	06	03	2014
2	22	01	2014	23	01	2014
2	15	01	2014	16	01	2014
1	18	12	2013	18	12	2013
2	16	12	2013	17	12	2013
15	22	11	2013	06	12	2011

médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Centro de Atención a Usuario I-med al télefono 02-7149500 o visite el sitio web http://www.licencia.cl/



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Sucursal : PRESTADOR PUBLICO -MED - CLINICA DE PRUEBAS N° 3 000014195-K

Fecha Otorgamiento : 10-03-2014 17:05 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I-MED CONSULTORIA S.A.

1. Datos Profesional

Profesional : CUEVAS SEPULVEDA, VIVIANA

Rut : 15749285-3 Especialidad : PSIQUIATRÍA

Dirección : 11 DE SEPTIEMBRE 1901, Providencia - Tel: 2-7457574

: Carta certificada

2. Datos Trabajador

 Nombre
 ¹ NAVARRO ARDILES, NADIA DEL CARMEN

 Rut
 ¹ 12718934-Y.

 Edad
 ² 39

 Sexo
 ² Femenino

 Tipo Licencia
 ¹ . Enfermedad o Accidente Común

Canal de contacto 3. Datos Reposo

 Fecha Inicio
 10-03-2014
 Lugar
 : Domicilio

 Nº Días
 : 2
 Dirección
 : SARA DEL CAMPO 570 D 1004, Santiag

 Fecha termino
 : 11-03-2014
 Telétono
 : 02-27149500

4. Estado de la licencia

5. Datos del Empleador

 Rut del Empleador
 99542650-1

 Fecha de Recepción
 10-03-2014

 Fecha de envio a pronunciamiento
 10-03-2014

 10-03-2014
 17:16

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl con el siguiente código de verificación: d33ddf Centro de Atención a Usuario I-med al telefono 02-7149500 o al correo Ime@i-med.cl

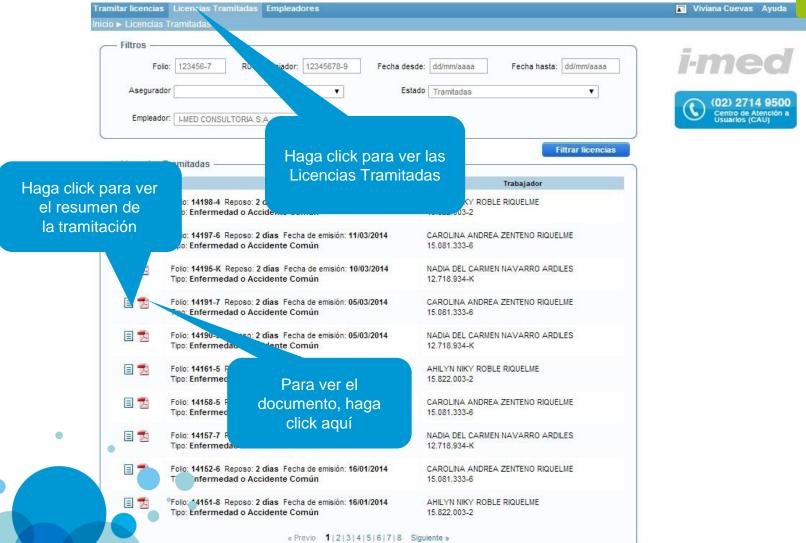




Licencia Médica Electrónica Ver LME Tramitadas

Ver LME Tramitadas









Licencia Médica Electrónica Ver Empleadores

Ver Empleadores



