



REPUBLICA DE CHILE



500511901725

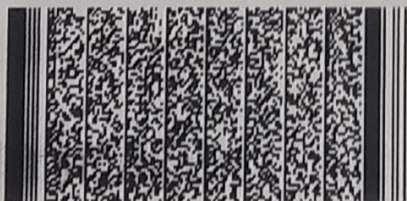
CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : PEÑALOLÉN
Nro. inscripción : 478 Registro : Año : 2023
Nombre inscrito : KATY ESMERALDA URBINA MÁRQUEZ
R.U.N. : 9.618.361-5
Fecha nacimiento : 14 Abril 1963
Sexo : Femenino
Fecha defunción : 31 Mayo 2023 a las 00:32 horas.
Lugar defunción : PEÑALOLÉN
Causa de muerte : PARO CARDIORESPIRATORIO/ INFARTO AGUDO
AL MIOCARDIO/ /

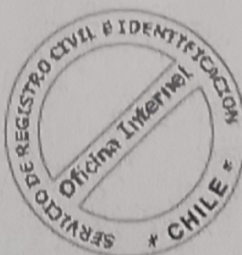
FECHA EMISIÓN: 31 Mayo 2023, 12:20.

Certificado Gratuito

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C	I	F	U	E	N	T	E	S	R	I	V	E	R	A	A	D	O	L	F	O	E	L	I	S	O	6	5	0	2	5	3	3	-	7
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN														
0	9	0	6	2	0	2	3	1	2	0	6	2	0	2	3	6	9	M																
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO																		
1	4	C A T O R C 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 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO 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

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO ☐ 1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA calle 24 n1 6449,
Peñalolén

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-34625375

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G A L L E G O S										M A R I N O										J O S E L U I S										1 2 4 8 7 1 2 9 - 8									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
32980-0																				NEUROLOGÍA										1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																			
9-79664391/										Consistorial 2100, Peñalolén										Documento firmado electrónicamente																			
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																			

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.