

## CERTIFICADO DE ALTA LABORAL DIFERIDA LEY N° 16.744

- Fecha de emisión: **05/09/2025**
- Hora de emisión: **12:35:39**

### 1. DATOS DEL PACIENTE

- Nombre: **ALFONSO OLIVA SALINAS**
- Código Único Nacional (CUN): **9111091**
- Número de Certificado: **0008592482**
- Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**
- Dirección: **ELEUTERIO RAMIREZ 102 , CONCEPCION**
- Rut: **13.247.914-3**
- Número de Paciente: **1001599420**
- Número de Siniestro: **0008592482**
- Fecha de la DIAT o DIEP: **29/05/2025**
- Nº Teléfono: **996942662**

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

- Nombre: **FUNDACION EDUCACIONAL LA PROVIDENCIA**
- Dirección: **LAUTARO 487 , CONCEPCION**
- Rut: **65.082.446-6**

### 3. INDICACIONES AL ALTA LABORAL

- Certificamos que el/la señor(a) **ALFONSO OLIVA SALINAS**, sufrió **ACCIDENTE DE TRABAJO** el día **29/05/2025**. Presentándose en nuestro servicio médico por primera vez el **29/05/2025** a las **13:16:09** hrs. El periodo de reposo actual se extiende desde el día **30/05/2025** y ha sido dado de alta el día **12/09/2025**, pudiendo reintegrarse a su trabajo con fecha **13/09/2025**.
- Alta Inmediata (Sí / No): **NO**
- Condiciones prescritas por el médico para el reintegro al trabajo (Sí / No): **NO** ¿Cuál(es)? ¿Por cuántos días?
- Debe continuar en control médico o con tratamiento ambulatorio (Sí / No): **SI** Especifique el tratamiento: **PROXIMAS CITACIONES:**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 09/09/2025 12:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 10/09/2025 15:00:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 12/09/2025 14:45:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 16/09/2025 11:15:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 17/09/2025 11:00:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 24/09/2025 09:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 25/09/2025 09:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 26/09/2025 09:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 30/09/2025 09:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 01/10/2025 09:30:00**  
**CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN 02/10/2025 13:30:00**

En resumen, para este siniestro el paciente registra los siguientes períodos de reposo:

FECHA EMISIÓN ALTA LABORAL	FECHA INICIO REPOSO	FECHA TÉRMINO REPOSO (ALTA)	DÍAS DE REPOSO
05/09/2025	30/05/2025	12/09/2025	106

### 4. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre: **NICOLE GABRIELA HANANIA CARPO** RUT: **16.155.568-1**



ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD FIRMA Y TIMBRE

#### CONSIDERACIONES:

- (1) El trabajador no debe reintegrarse a sus labores sin la presentación de este documento, en caso contrario, si la empresa acepta al trabajador sin este documento, cualquier agravación o reclamo será de exclusiva responsabilidad del empleador.
- (2) Si el trabajador, a consecuencia del accidente, continúa con algún síntoma que le impida reintegrarse al trabajo, tiene el derecho de atención en nuestros servicios médicos.

#### FIRMA PACIENTE

CENTRO ASISTENCIAL CONCEPCIÓN / CARDENIO AVELLO 70 CONCEPCIÓN

Header Place Holder

Sign Place Holder