

## CERTIFICADO DE ALTA LABORAL LEY N° 16.744

Número de Certificado

Fecha de Emisión del Certificado

### A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia:  DIAT  DIEP

Fecha de la DIAT o DIEP

### B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

### C. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social

RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

### D. Indicaciones al Alta Laboral

Si  No

Alta Inmediata

Fecha del Alta Laboral

Condiciones prescritas por el Médico para el reintegro al trabajo

Si  No

¿Cuál(es)?

Por un Periodo de  Días

Debe continuar en control médico o con tratamiento ambulatorio

Si  No

Especifique el tratamiento

### E. Identificación

Identificación del Médico Tratante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

Identificación de quien certifica el alta

Nombre del Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744

Firma y Timbre  
del Administrador