



Estimado (a)

Adjuntamos formulario de solicitud de copia de licencia médica.

Una vez completado el formulario debe adjuntarlo junto a la copia de su cédula de identidad, a través del Portal Web de Isalud, en la sección contacto www.isapredecodeclco.cl/contacto/ .
El plazo es de 7 días hábiles para el envío de su solicitud al correo indicado.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COPIA DE LICENCIA MÉDICA

Yo _____ RUT _____

solicito copia de licencia médica folio _____

Enviar al correo electrónico _____

Firma afiliado (a)

*Recuerde debe adjuntar copia de cédula de identidad.

*Completar el formulario con letra imprenta y legible.