



Recibido  
12 JUN 2019

MINISTERIO DE SALUD

## Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 029421800-9

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |                        |              |              |
|--------------------|------------------------|--------------|--------------|
| LAFFERT            | TAMAYO                 | ANDREAS PASC | 19986513 - 7 |
| APELLIDO PATERNO   | APELLIDO MATERNO       | NOMBRES      | RUN          |
| 08062019           | 08062019               | 20           | M            |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO    | EDAD         | SEXO         |
| 15                 | QUINCE                 |              |              |
| N° DE DÍAS         | N° DE DÍAS 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<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO | 1                  |
| RECUPERABILIDAD LABORAL                                                                                                                                                                                                                                            | 1 = SI<br>2 = NO   |
| INICIO TRAMITE INVALIDEZ                                                                                                                                                                                                                                           | 2 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| HORA MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| TRAYECTO                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 = SI<br>2 = NO   |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                             |                    |

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|                                                        |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL | 1                                                      |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL                               | A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE                   |
| LUGAR DE REPOSO                                        | 1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)                              |                                                        |
| DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA                       | Pirihuelco 2330, Pedro Aguirre Cerda                   |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)                      | 09-58754230                                            |

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |                                   |                  |                                           |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------------------------|
| NUÑEZ                    | TERÁN                             | DANIEL           | 25180406 - 0                              |
| APELLIDO PATERNO         | APELLIDO MATERNO                  | NOMBRES          | RUN                                       |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO                | MEDICINA GENERAL | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |
| 09-89977470/             | av.general freire 67, La Cisterna | ESPECIALIDAD     |                                           |
| TELÉFONO/FAX             | DIRECCIÓN                         |                  |                                           |

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

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