



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 032244824-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

S A A V E D R A										S O L Í S										V A L E N T I N A P A										1 7 7 2 9 5 4 3										4	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
2 4 0 9 2 0 1 9										2 2 0 9 2 0 1 9										2 8		F																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
1 5		Q U I N C E																																							
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 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					
1					
RECUPERABILIDAD LABORAL	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		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;N°;DEPTO;COMUNA Argomedo 140 Dpto 1305, Santiago			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-51938717			

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Z A M O R A										V E R D E C I A										F E R N A N D O										2 4 7 2 4 7 9 7										1	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
40269-9										MEDICINA GENERAL																				1											
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA											
56-952083914/										ALAMEDA 4860, Estación Central										Documento firmado electrónicamente																					
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										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 periodo 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.