



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1606260-K

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

##### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

R I V E R A	M U Ñ O Z	P A M E L A S O L E D	1 3 4 6 8 5 1 3 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 4 0 6 2 0 1 3	1 7 0 6 2 0 1 3	3 4	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
4 2	C U A R E N T A Y D O S		
N° DE DIAS	N° DE DIAS 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

3	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA MES AÑO	
<input type="text"/> <input type="text"/>	HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	1 1 2 0 1 2	MES AÑO	

##### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>PJE ALFONSO ARAYA 1004 V.</u>		
TERRASOL, San Bernardo		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-94416269</u>		

##### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

P I N E D A	A L A R C O N	R O D R I G O A L B E	8 7 8 1 6 1 3 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
<u>2-2193150/</u>	<u>LIRA, Santiago</u>	<u>Especialidad</u>	<i>Documento firmado electrónicamente</i>
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica

---

**Sucursal** : Pontificia Universidad Católica - LIRA 85 GINECOLOGÍA  
**Fecha Otorgamiento** : 14-06-2013 13:59 hrs.  
**Entidad que se pronuncia** : FONASA  
**Empleador** : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE



N°3 001606260-K

## 1. Datos Profesional

---

**Profesional** : PINEDA ALARCON, RODRIGO ALBERTO  
**Rut** : 8781613-3  
**Especialidad** : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
**Dirección** : LIRA, Santiago - Tel: 2-2193150

## 2. Datos Trabajador

---

**Nombre** : RIVERA MUÑOZ, PAMELA SOLEDAD  
**Rut** : 13468513-1  
**Edad** : 34  
**Sexo** : Femenino  
**Tipo Licencia** : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal  
**Canal de contacto** : Teléfono 94416269

## 3. Datos Reposo

---

**Fecha Inicio** : 17-06-2013      **Lugar** : Domicilio  
**N° Días** : 42      **Dirección** : PJE ALFONSO ARAYA 1004 V. TERRASOL, San Bernardo  
**Fecha término** : 28-07-2013      **Teléfono** : 09-94416269  
**Tipo** : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

---

**Estado** : Otorgada Profesional  
**Fecha Última Modificación** : 2013-06-14 13:59:53  
**Motivo Anulación** :  
**Motivo Rechazo** :  
**Motivo Devolución** :

## 5. Datos del Empleador

---

**Rut del Empleador** : 81698900-0  
**Fecha de Recepción** : 14-06-2013  
**Fecha de envío a pronunciamiento** :

## 6. Datos de pronunciamiento

---

*No hay pronunciamientos para esta licencia.*

## 7. Liquidación de licencia médica

---

*No hay liquidaciones para esta licencia.*