MINISTERIO DE SALUD

Gobierno de Chile

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 002881229-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
DIAZ	PARRA	MARIA ELIANA	11860596 - 9

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
08072014	09072014	43	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	FIRMA TRABAJADOR
07	SIETE	*Documento firmado electrónicamente*

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

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: 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 (1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA: SANTA ROSA 6447, San Ramón

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FREDES	BRICEÑO	ARTURO EDUAR	5610847 - 5

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA
8669-K		NEUROLOGÍA	1

TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL
2-3536800/	BERNARDO O HIGGINS, Santiago	*Documento firmado electrónicamente*

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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Sucursal : INTEGRAMEDICA ALAMEDA - INTEGRAMEDICA ALAMEDA

Fecha Otorgamiento : 08-07-2014 17:08 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

N° 3 002881229-9

MINISTERIO DE SALUD

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 002914757-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
DÍAZ	PARRA	MARÍA ELIANA	11860596 - 9

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
15072014	16072014	43	F

Nº DE DIAS	Nª DE DIAS EN PALABRAS
05	CINCO

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

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 — 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] 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA SANTA ROSA 6447, San Ramón

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-9392540

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PEREZ	ROA	FELIPE OCTAV	16369506 - 5

REG. COLLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

NEUROLOGÍA
ESPECIALIDAD

[1] 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

09-90894812/
TELÉFONO/FAX

VICUÑA MACKENA , San Joaquín
DIRECCIÓN

Documento firmado electrónicamente
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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES