



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1725088-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M U Ñ O Z	F R I Z	M A R Í A A U R O R A	1 5 5 4 1 4 7 2 - 3
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 5 0 7 2 0 1 3	2 5 0 7 2 0 1 3	2 9	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 7	S I E T E		
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)

P o n c e	M u ñ o z	J u a n J a v i e r	2 4 1 0 7 5 1 1 - 7
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 3 1 1 2 0 1 2			
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

4	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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] [] DIA MES AÑO	TRAYECTO	[] 1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS	[] [] [] [] HORA MINUTOS	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	PERICLES 312, Población Las Industrias II, San Joaquín
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-72152793

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R e y e s	H u e r t a	R o d r i g o P a t r	1 6 3 6 9 7 0 8 - 4
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	PEDIATRÍA	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
02-3548501/	VICUÑA MACKENA, San Joaquín	ESPECIALIDAD	<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 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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1742160-3

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M U Ñ O Z	F R I Z	M A R Í A A U R O R A	1 5 5 4 1 4 7 2	3
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
3 1 0 7 2 0 1 3	0 1 0 8 2 0 1 3	2 9	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 7	S I E T E			
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)

P O N C E	M U Ñ O Z	J U A N J A V I E R	2 4 1 0 7 5 1 1	7
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
0 3 1 1 2 0 1 2				
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

4	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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA MINUTOS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	_____
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA	PERICLES 312,PB.LAS INDUST. II, San Joaquín
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-72152793

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V A L E N Z U E L A	C O N T R E R A S	P A T R I C I A M A R	7 1 8 7 9 1 1	9
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	PEDIATRÍA	1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
2-7548700/	Marcoleta 350, Santiago	ESPECIALIDAD	<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 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.