



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1733726-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G O N Z Á L E Z	G O N Z Á L E Z	M A G A L Y A N D R E	1 5 3 9 2 6 1 8 - 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 9 0 7 2 0 1 3	3 0 0 7 2 0 1 3	3 2	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 4	C A T O R C E	Documento firmado electrónicamente	
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS	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

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO.;COMUNA <u>DIEGO DE ALMAGRO 306 V</u> <u>EJERCITO LIB , Maipú</u>
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

O L M O S	N I E V A	C L A U D I A C E C I	1 4 1 5 5 5 5 9 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	OTRO ESPECIALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
<u>4501700/</u>	<u>VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida</u>	<u>Documento firmado electrónicamente</u>	FIRMA PROFESIONAL
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		

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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 1800472-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G O N Z Á L E Z	G O N Z Á L E Z	M A G A L Y A N D R E	1 5 3 9 2 6 1 8 - 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 0 0 8 2 0 1 3	1 9 0 8 2 0 1 3	3 2	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 2	D O C E	Documento firmado electrónicamente	
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS	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

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p>1</p> <p>1 = REPOSO LABORAL TOTAL</p> <p>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p>	<p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL</p> <p>A = MAÑANA</p> <p>B = TARDE</p> <p>C = NOCHE</p>
<p>LUGAR DE REPOSO</p> <p>1 = SU DOMICILIO</p> <p>2 = HOSPITAL</p> <p>3 = OTRO DOMICILIO</p>	
<p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)</p>	
<p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>DIEGO DE ALMAGRO 306 V</u></p> <p>EJERCITO LIB , Maipú</p>	
<p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-81523067</u></p>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

O L M O S	N I E V A	C L A U D I A C E C I	1 4 1 5 5 5 5 9 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
<p>REG. COLEGIO PROFESIONAL <u>4501700/</u></p> <p>TELÉFONO/FAX</p>			<p>OTRO</p> <p>1 = MÉDICO</p> <p>2 = DENTISTA</p> <p>3 = MATRONA</p>
<p>CORREO ELECTRÓNICO <u>VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida</u></p> <p>DIRECCIÓN</p>		<p>ESPECIALIDAD <u>Documentado firmado electrónicamente</u></p> <p>FIRMA PROFESIONAL</p>	

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.