



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 002616990-9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|------|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | O | N | T | R | E | R | A | S | G | U | E | R | R | E | R | O | L | U | I | S | A | G | U | I | L | L | E | 1 | 1 | 6 | 5 | 0 | 7 | 1 | 9 | 6 |
| APELLIDO PATERNO | | | | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | | | | NOMBRES | | | | | | | | RUN | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA OTORGAMIENTO | | | | | | | | FECHA INICIO REPOSO | | | | | | | | EDAD | | SEXO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | O 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 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 1 = SI / 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: / /

HORA MINUTOS: / TRAYECTO 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: /

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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: AV TRONCAL SAN FRANCISCO 2140

CASA: Puente Alto

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L | O | Z | A | N | O | T | R | I | L | L | O | S | D | U | L | I | S | M | A | U | R | I | C | 2 | 2 | 0 | 9 | 6 | 3 | 0 | 8 | K |
| APELLIDO PATERNO | | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | | NOMBRES | | | | | | RUN | | | | | | | | | | | | | | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | ESPECIALIDAD | | | | | | 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA | | | | | | | | | | | | | | |
| 9-976138043/ | | | | | | ICTINOS N 1549, Peñalolén | | | | | | MEDICINA GENERAL | | | | | | <i>Documento firmado electrónicamente</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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 : DULIS MAURICIO LOZANO TRILLOS - DULIS MAURICIO LOZANO TRILLOS
N° 3 002616990-9

Fecha Otorgamiento : 12-05-2014 20:10 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : Lozano Trillos, Dulis Mauricio
Rut : 22096308-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : ICTINOS N 1549, Peñafolón - Tel: 9-976138043

2. Datos Trabajador

Nombre : CONTRERAS GUERRERO, LUISA GUILLERMINA
Rut : 11650719-6
Edad : 44
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común
Canal de contacto : Teléfono 61773527

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 12-05-2014 Lugar : Domicilio
N° Días : 11 Dirección : AV TRONCAL SAN FRANCISCO 2140 CASA, Puente Alto
Fecha término : 22-05-2014 Teléfono :
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 12-05-2014 20:10 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 12-05-2014
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.