

Licencia médica		4000339020400	
<p>a) COMPRENDE la Unidad de Licencias Médicas y la ISAPRES, en su caso, podrán verificar y aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo autorizado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 18 D.O. N° 37394. *** OTORGADA PARA COTIZANTE FONASA</p>			
SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL		N° 3 FOLIO: 9399204-0	
Operador : 4			
A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUTN	
EDAD		SEXO	
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO	
N DE DIAS		N DE DIAS EN PALABRAS	
A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave menor de un año y post natal. (Art. 180 y 200 del C. del Trabajo y 2000 de estatuto para Ley 18.007)			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUTN	
A.3 TIPO DE LICENCIA			
<input type="checkbox"/> Enfermedad o Accidente Común <input type="checkbox"/> Férreamo Médica Preventiva <input type="checkbox"/> Licencia Maternal Pre y Post Natal <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave Menor de 1 año <input type="checkbox"/> Incapacidad del Trabajo o del Transporte <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Tecnología del Transporte			
RECUPERABILIDAD LABORAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN PROCESO DE RECUPERACION			
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJADOR O DEL TRANSPORTISTA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO			
<input type="checkbox"/> Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> Anticuada por Tipo Cálculo			
LUGAR DE REPOSO: <input type="checkbox"/> En Casa <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			
TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUTN	
ESPECIALIDAD		TIPO PROFESIONAL	
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CURSOS ELECTRONICOS	
DIRECCION		TELEFONO	
FAX			
			
FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR		FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO	

LICENCIADO AUTÓNOMO DE EJERCICIO: Licencia médica o de especialidad, para el ejercicio de la profesión médica, en el ámbito de la medicina, en el caso de ser titular de una licencia médica o de especialidad, emitida por el COMPRENDE FONASA, en su caso, podrá verificar y aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo autorizado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 18 D.O. N° 37394.

LICENCIADO AUTÓNOMO DE EJERCICIO: Licencia médica o de especialidad, para el ejercicio de la profesión médica, en el ámbito de la medicina, en el caso de ser titular de una licencia médica o de especialidad, emitida por el COMPRENDE FONASA, en su caso, podrá verificar y aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo autorizado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 18 D.O. N° 37394.

Licencia médica		4000339020400	
<p>a) COMPRENDE la Unidad de Licencias Médicas y la ISAPRES, en su caso, podrán verificar y aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo autorizado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 18 D.O. N° 37394.</p>			
SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR			
C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
NOMBRE		RUTN	
TELEFONO		FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	
CIUDAD		COMO CORRAL USO COMPREN	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR		OCCUPACION	
<input type="checkbox"/> Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> Minería, Petrolera y Carbón <input type="checkbox"/> Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Terceros, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> Industrias Extractivas, Químicas, Petroleras e Interrelacionadas <input type="checkbox"/> Indefinida No Especificada		<input type="checkbox"/> Ejecutivo o Director <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Científico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Operario, Trabajador Manual <input type="checkbox"/> Trabajador de Casa Particular <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)	
C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO			
REGIMEN PREVISIONAL		SAUIDO TRABAJADOR	
<input type="checkbox"/> 100% 100% 100% <input type="checkbox"/> 100% 100% 100% Cédula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)		<input type="checkbox"/> Trabajador sector público afilado a la ley n° 16.804 <input type="checkbox"/> Trabajador sector público no afilado a la ley n° 16.804 <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente	
SEGURO DESPLEGADO <input type="checkbox"/> Trabajador afiliado a AFP <input type="checkbox"/> Control de Duración Indefinida		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRO		FECHA CONTRATO DE TRABAJO	
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:			
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-0-0-0-1		SUBSIDIO LICENCIA TIPO 0-0-0-0-1	
<input type="checkbox"/> A-Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B-ONG <input type="checkbox"/> C-CCAF <input type="checkbox"/> D-Empleador		<input type="checkbox"/> B-Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F-Industria <input type="checkbox"/> G-ONG <input type="checkbox"/> H-Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:			