

# FORMULARIO TRÁMITE LICENCIAS MÉDICAS

MOTIVO DEL TRÁMITE (MATERIA) Uso interno

FECHA

DÍA

MES

AÑO

## IDENTIFICACIÓN

RUN

NOMBRES

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

CORREO ELECTRÓNICO

Autoriza la notificación vía correo electrónico



SI

NO

Marque con una X

TELÉFONO FIJO O CELULAR

## DOMICILIO

CALLE

NÚMERO

DPTO.

VILLA O POBLACIÓN

COMUNA

## USTED ES UN/A TRABAJADOR/A:

Marque con una X

DEPENDIENTE

INDEPENDIENTE

DESEMPLEADO

PENSIONADO

INVALIDEZ

VEJEZ

## MARQUE SI TIENE FONASA O ISAPRE

Marque con una X

FONASA

ISAPRE

Banmédica

Consalud

Colmena

CruzBlanca

Nueva Masvida

Vida Tres

Otra:

## ¿CUÁL ES SU SISTEMA DE PENSIONES?

Marque con una X

AFP

Indique el nombre

IPS

CAPREDENA

DIPRECA

## DOCUMENTOS ENTREGADOS

ANTECEDENTES MÉDICOS  
(Informe y exámenes)

OTROS ANTECEDENTES

Cuáles:

Yo presento personalmente el trámite

Yo presento el trámite a nombre de  
otra persona

(debe adjuntar poder simple)

FIRMA

CONTINÚA AL REVERSO

# FORMULARIO TRÁMITE LICENCIAS MÉDICAS

## ▶ DETALLE LICENCIAS MÉDICAS

N° LICENCIA	N° DÍAS	Desde/	Marque con una X				LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA	LICENCIA MÉDICA PAPEL
			DÍA	MES	AÑO			

ACTUALMENTE ¿SE REINTEGRÓ A SU TRABAJO? Marque con una X  NO  SI

FECHA        
DÍA MES AÑO

REALIZÓ TRÁMITE PENSIÓN DE INVALIDEZ Marque con una X  NO  SI

CERTIFICADO TRÁMITE SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES  
 DICTAMEN EJECUTORIADO

▶ **CARTA DE PRESENTACIÓN** | Explique el motivo por el cual iniciará un trámite en esta Superintendencia, toda la información que usted considere importante nos servirá para analizar su caso.

FIRMA