



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

SEREMI DE SALUD REGIÓN \_\_\_\_\_  
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

**FORMULARIO DE RECURSO DE REPOSICION POR RECHAZO/REDUCCION DE LICENCIA MEDICA FONASA**

(Sírvasse llenar todos los datos solicitados. En caso que el trabajador(a) esté inhabilitado(a) para firmar deberá estampar su huella digital)

**Sr(a). Presidente de COMPIN o Subcomisión:**

El(la) trabajador(a) que suscribe, D. \_\_\_\_\_  
RUN \_\_\_\_\_, por medio de esta Reposición, solicita la reconsideración de lo resuelto por la  
Licencia(s) Médica(s) N°(s) \_\_\_\_\_, emitida(s) por \_\_\_\_\_ días, a contar del  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a causa de la(s) siguiente(s) enfermedad(es) \_\_\_\_\_ fue:

<input type="checkbox"/>	Rechazada	Lo que le fue notificado el: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	Reducida a _____ días	

Para obtener la autorización de esta(s) licencia(s) argumento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Continúe al reverso o agrande el documento)

Acompaño la siguiente documentación: (Marcar con una "X" según corresponda)

<input type="checkbox"/>	Informe Médico	<input type="checkbox"/>	Resultados de exámenes de Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Radiografías o informe de ellas	<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes, (especificar) _____

(Declaro que todos los antecedentes que fundamentan el presente Recurso de Reposición son fidedignos y asumo mi responsabilidad de comprobarse la falsedad de los mismos).

Fono Contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección Particular: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
E-Mail de contacto: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma del trabajador(a)

**USO EXCLUSIVO DE COMPIN O SUBCOMISIÓN**

**Vistos:** Lo dispuesto en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, de 2003, Ley de Base de Procedimientos Administrativos de la Administración del Estado y en la Circular N° 2434, de 4 de Febrero de 2008, de la Superintendencia de Seguridad Social, y

**Considerando:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se resuelve:

<input type="checkbox"/>	<b>ACOGER</b> la Reposición, revocando la Resolución y <b>AUTORIZANDO</b> íntegramente la L. M. Individualizada
<input type="checkbox"/>	<b>ACOGER PARCIALMENTE</b> la Reposición, <b>AUTORIZANDO</b> la(s) L. M. Individualizada(s) por _____ días.
<input type="checkbox"/>	<b>RECHAZAR</b> la Reposición, confirmando la Resolución.
<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b> , (especificar)
<input type="checkbox"/>	

Firma y Timbre de Presidente de COMPIN/Subcomisión o  
Médico Contralor Responsable

La disconformidad con lo resuelto es apelable ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), (Calle Huérfanos N° 1376, Santiago).