



# FORMULARIO TRÁMITE LICENCIAS MÉDICAS

## ▶ DETALLE LICENCIAS MÉDICAS

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

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