

**Formulario para presentación de denuncia ante la Superintendencia de Seguridad Social,  
respecto de un profesional habilitado para otorgar licencias médicas que emita licencias  
con evidente ausencia de fundamento médico.**

**FORMULARIO DE DENUNCIA**



**DENUNCIANTE**

---

Nombre Completo:  
RUN:  
Domicilio (Calle, N°, Dpto., Comuna, Ciudad):  
Número de Teléfono:  
Correo Electrónico:

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE EMITIÓ LA(S) LICENCIA(S) MÉDICA(S)**

---

Nombre Completo:  
Domicilio Particular:  
Domicilio Laboral:

En caso que se disponga, complete la siguiente información  
RUN:  
Correo Electrónico:  
Teléfonos:

**DENUNCIA**

---

Folio(s) de la(s) Licencia(s) Médica(s) involucrada(s):  
Fecha de Emisión:  
Consignación de los hechos que justifican la denuncia:

Otros Antecedentes de Referencia (en caso que se disponga de antecedentes adicionales):

*Denuncia de particular en contra de profesional por Emisión de Licencia Médica sin fundamento*

*Artículo 5° de la Ley N° 20.585*

Firma del Denunciante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_