

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B E S A R E Z T A P I A A N T O N I A C O N S 1 9 7 8 6 5 3 5 - 0
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 1 9 0 7 2 0 2 4 2 4 0 7 2 0 2 4 2 6 F
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
 3 0 T R E I N T A *Documento firmado electrónicamente*
 Nº DE DÍAS Nº DE DÍAS EN PALABRAS FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">RECUPERABILIDAD LABORAL</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;">1</td> <td style="width: 20%;">1 = SI 2 = NO</td> <td style="width: 30%;">INICIO TRAMITE INVALIDEZ</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;">2</td> <td style="width: 20%;">1 = SI 2 = NO</td> </tr> </table>		RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO								
RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 45%;">FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">AÑO</td> <td></td> </tr> </table>		FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □										
	DÍA	MES	AÑO												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;"> □ □ □ □ </td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TRAYECTO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> <td style="width: 45%;">1 = SI 2 = NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HORA MINUTOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		□ □ □ □	TRAYECTO	□	1 = SI 2 = NO	HORA MINUTOS									
□ □ □ □	TRAYECTO	□	1 = SI 2 = NO												
HORA MINUTOS															
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">FECHA DE LA CONCEPCIÓN</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>		FECHA DE LA CONCEPCIÓN	□ □	□ □	□ □	□ □			MES	AÑO					
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	□ □	□ □	□ □	□ □											
	MES	AÑO													

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA
REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA Nicolás 1755, depto 302G,
Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-78934721

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A R A Y A	M O R A G A	C L A U D I O	A N D R	1 6 2 4 0 1 2 8	- 9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		PSIQUIATRÍA		1	
				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
09-84605135/		Bello Horizonte N 979 depto 52, Las Condes		Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL	

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 105046190-0

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E
29	04	2024	30	\$ 0	\$ 1.098.122	\$ 0	0
29	05	2024	5	\$ 0	\$ 182.020	\$ 0	25
29	06	2024	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30

% DESAHUCIO

0	0
---	---

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

--

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	24	06	2024	23	07	2024
21	03	06	2024	23	06	2024

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 105046190-0

Sucursal : CLAUDIO ARAYA MORAGA - CLAUDIO ANDRES ARAYA MORAGA

Fecha Otorgamiento : 19-07-2024 16:18 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Araya Moraga, Claudio Andrés
Rut : 16240128-9
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Bello Horizonte N 979 depto 52, Las Condes - Tel: 09-84605135

2. Datos Trabajador

Nombre : BESAREZ TAPIA, ANTONIA CONSTANZA
Rut : 19786535-0
Edad : 26
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 24-07-2024 Lugar : Domicilio
N° Días : 30 Dirección : Nicolás 1755, depto 302G, Concepción
Fecha término : 22-08-2024 Teléfono : 09-78934721
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 22-07-2024 16:00 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 19-07-2024
Fecha de envío a pronunciamiento : 22-07-2024 16:00 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **105046190-0** y código de verificación: **I-5a0756**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.