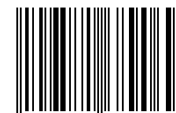


Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 109571689-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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

Documento firmado electrónicamente

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 = 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	

RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
----------------------------	--------------	------------------	-----------------------------	--------------	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO			
	DÍA	MES	AÑO

		TRAYECTO		1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN		
	MES	AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	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 _____ CALLE 102 CASA 1505 LAS PRINCESAS, Concepción _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-93124223 _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R O H L A N D	H O C H B E R G E R	L I A F R A N C I S C	1 5 8 5 4 8 4 2	-	9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
REG. COLEGIO PROFESIONAL		MEDICINA GENERAL			1
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD			1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
41-2222222/ TELÉFONO/FAX	Freire 1445, Concepción DIRECCIÓN			Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL	

Documento firmado electrónicamente

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



N° 3 109571689-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

RAZON SOCIAL EMPLEADOR																													
RUN										TELÉFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																													
COMUNA										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																			

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- ☐ 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
 3 = CONSTRUCCIÓN.
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO.
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACIÓN

- ☐ 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 12 = PROFESOR.
 13 = OTRO PROFESIONAL.
 14 = TÉCNICO.
 15 = VENDEDOR.
 16 = ADMINISTRATIVO.
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**REGIMEN PREVISIONAL**

- ☐ 1 = D.L. 3501 INP.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.
- CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV)
- NOMBRE INT. PREV. _____

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- ☐ 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
☐ 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
☐ 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
 2 = NO
- Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**

- ☐ A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.E.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- ☐ E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 109571689-6

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	
				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

% DESAHUCIO

--	--	--	--

Remuneración imponible previsual 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 = 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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 109571689-6

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico
Fecha Otorgamiento : 04-11-2024 10:13 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Rohland Hochberger, Lia Francisca
Rut : 15854842-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 41-2222222

2. Datos Trabajador

Nombre : FUENTES BARRA, SERGIO IGNACIO
Rut : 17981948-1
Edad : 32
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-11-2024 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : CALLE 102 CASA 1505 LAS PRINCESAS, Concepción
Fecha término : 06-11-2024 Teléfono : 09-93124223
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 04-11-2024 10:13 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 04-11-2024
Fecha de envío a pronunciamiento :

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: **109571689-6** y código de verificación: **I-5b89bc**

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.