

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 110687270-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VARELA	MEDINA	VALERIA DENI	16766863	- 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
25112024	26112024	36	F	FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
42	CUARENTA Y DOS	Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS		

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

3	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	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO
<input type="checkbox"/> HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 2024	MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA	
CALLE 3 NORTE 855 CASA 72	
CONDOMINIO BRISAS DE SAN PEDRO, San Pedro de la Paz	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-68951794	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GIRON	SAVEDRA	FABIOLA ANDR	14665042	- 2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
Número colegio médico		CORREO ELECTRÓNICO		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
REG. COLEGIO PROFESIONAL		Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción		ESPECIALIDAD
-2403100/ TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL

 1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

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

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 110687270-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND.	EDUC.	COLEGIO	LA	PROVIDENCIA	DE	CONCEPCI
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR						
65082446		- 6				25112024
RUN			TELEFONO			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 AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCCUPACION

- 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TECNICO.
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		CALIDAD DEL TRABAJADOR		SEGURO DE DESEMPLEO			
<input type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.	<input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	<input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.	<input type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO		
CÓDIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	<input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.	<input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	<input type="checkbox"/> Contrato de duración indefinida	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
NOMBRE INT. PREV.							
		FECHA PRIMERA AFILIACION 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		SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD	<input type="checkbox"/> B = ISAPRE	<input type="checkbox"/> F = MUTUAL
<input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.	<input type="checkbox"/> G = INP	<input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO			

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA



N° 3 110687270-4

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. 1- 30638/20 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

REQUERIMIENTOS IMPONIBLES EXCEPTO LOS COACHES

% DESAHUCIO
0 , 0

- ▶ Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMÁN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A.
Número : N° 3 110687270-4

Fecha Otorgamiento : 25-11-2024 09:40 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : GIRON SAAVEDRA,FABIOLA ANDREA
Rut : 14665042-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción - Tel: -2403100

2. Datos Trabajador

Nombre : VARELA MEDINA,VALERIA DENISSE
Rut : 16766863-1
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 26-11-2024 Lugar : Domicilio
Nº Días : 42 Dirección : CALLE 3 NORTE 855 CASA 72 CONDOMINIO BRISAS DE SAN PEDRO, San Pedro de la Paz
Fecha término : 06-01-2025 Teléfono : 09-68951794
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 25-11-2024 09:40 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **110687270-4** y código de verificación: **I-38a004**

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 cometiere 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.