

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 117362795-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|--------------------|------------------------|------------------|---------|------------------------------------|-----|
| B R I T O | S A A V E D R A | V A N E S S A | E U G E | 1 2 7 0 4 4 9 1 | - 0 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | |
| 2 3 0 4 2 0 2 5 | 2 4 0 4 2 0 2 5 | 5 0 | F | RUN | |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO | EDAD | SEXO | | |
| 1 5 | Q U I N C E | | | Documento firmado electrónicamente | |
| Nº DE DIAS | Nº DE DIAS 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

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO | INICIO TRAMITE | <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJO O DEL TRAYECTO | DÍA | MES | AÑO |
| HORA MINUTOS | TRAYECTO | <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO | |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | MES | AÑO | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | | |
|---|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL | | |
| SÓLO PARA | <input type="checkbox"/> | A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE |
| LUGAR DE REPOSO | <input type="checkbox"/> 1 | 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____ | | |
| DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA | | |
| Marihueñu 4110, | | |
| Coronel | | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) | | |
| 09-64306517 | | |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--|-----|
| R I Q U E L M E | <input type="checkbox"/> | V E R G A R A | <input type="checkbox"/> | C E S A R | <input type="checkbox"/> | 1 6 6 0 1 4 7 4 | - 3 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | RUN | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | CORREO ELECTRÓNICO | | NEUROLOGÍA | | <input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA | |
| 9-84702307/ | | CARDENIO AVELLO 70, Concepción | | ESPECIALIDAD | | FIRMA PROFESIONAL | |
| TELÉFONO/FAX | | DIRECCIÓN | | | | Documento firmado electrónicamente | |

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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 117362795-1

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 | 412482871 | | 23042025 | | |
| RUN | | TELÉFONO | | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA) | | |
| LAUTARO | 487 | 0 | , CONCEPCIÓN | | | |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR | | | | | | |
| CONCEPCIÓN | | | | | | |
| 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

9

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).

1 2

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

| | | | | | |
|---|---|--|----------|--|---|
| REGIMEN PREVISIONAL | | CALIDAD DEL TRABAJADOR | | SEGURO DE DESEMPLEO | |
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. | | <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO <input type="checkbox"/> Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO | |
| CÓDIGO | 8 | LETRA (CAJA PREV) | 01051999 | 01032009 | 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 checked="" type="checkbox"/> C = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR | | <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR | |
| LOS | ANDES | | |
| NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO | | | |

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

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 DESAHUCIOS Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/84 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

REQUERIMIENTOS IMPONIBLES EXCETO LAS OCASIONES

% DESAHUCIO

- ▶ 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

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)

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 |
| 3 | 21 | 04 | 2025 | 23 | 04 | 2025 |
| 7 | 12 | 03 | 2025 | 18 | 03 | 2025 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

1 = SI
2 = NO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 117362795-1

Sucursal : CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE CONCEPCIÓN S.A. - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL

Fecha Otorgamiento : 23-04-2025 17:26 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN

1. Datos Profesional

Profesional : RIQUELME VERGARA, CESAR
Rut : 16601474-3
Especialidad : NEUROLOGÍA
Dirección : CARDENIO AVELLO 70, Concepción - Tel: 9-84702307

2. Datos Trabajador

Nombre : BRITO SAAVEDRA, VANESSA EUGENIA
Rut : 12704491-0
Edad : 50
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 24-04-2025 Lugar : Domicilio
Nº Días : 15 Dirección : Marihueñu 4110, Coronel
Fecha término : 08-05-2025 Teléfono : 09-64306517
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 25-04-2025 17:01 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 23-04-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-04-2025 17:01 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: 117362795-1 y código de verificación: I-792759

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.