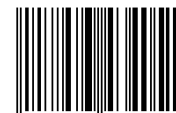




Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 118983434-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F	I	L	L	A						Y	Á	Ñ	E	Z						C	O	N	S	T	A	N	Z	A	F	E	1	6	8	9	6	6	0	6	-	7
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
2	7	0	5	2	0	2	5	2	7	0	5	2	0	2	5	3	6	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
2	5	V E I N T I C I N C O																																						
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS 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

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												
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO									
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO										DÍA	MES	AÑO	
										HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA		calle Lonquimay 4461, San
Pedro de la Paz		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-56539228

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A	V	E	L	L	O					A	V	I	L	A						P	A	T	R	I	C	I	A	I	S	O	7	5	2	4	8	7	8	-	4
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
041-2734200/										Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano										MEDICINA GENERAL										Documento firmado electrónicamente									
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																			

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



N° 3 118983434-5

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCI																									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																									
65082446										- 6		412482871										27052025			
RUN												TELEFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)			
LAUTARO 4870, 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

OCUPACION

- 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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

- 2 1= D.L. 3501 INP.
 2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO 8 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

3

01022008

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1= SI
2= NOContrato de duración indefinida 2 1= SI
2= NO

01032023

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

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

C

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

LOS ANDES

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 118983434-5

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	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
8	02	2025	30	\$ 0	\$ 1.676.818	\$ 0	0
8	03	2025	30	\$ 0	\$ 1.676.818	\$ 0	0
8	04	2025	30	\$ 0	\$ 1.676.818	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

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	
	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

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

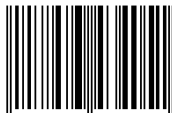
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
1	07	04	2025	07	04	2025

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 118983434-5

Sucursal : Clínica Bio Bio - Clínica Bio Bio
Fecha Otorgamiento : 27-05-2025 08:20 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : AVELLO AVILA, PATRICIA ISOLDE
Rut : 7524878-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano - Tel: 041-2734200

2. Datos Trabajador

Nombre : FILLA YÁÑEZ, CONSTANZA FERNANDA
Rut : 16896606-7
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 27-05-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 25 Dirección : calle lonquimay 4461, San Pedro de la Paz
Fecha término : 20-06-2025 Teléfono : 09-56539228
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 27-05-2025 13:31 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 27-05-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 27-05-2025 13:31 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: **118983434-5** y código de verificación: **I-f12758**

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.