



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 122016347-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | |
|--------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| O R T I Z | C A L B U L | E L V I S J O S É | 1 1 6 9 9 8 9 7 - 1 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
| 0 6 0 8 2 0 2 5 | 0 6 0 8 2 0 2 5 | 5 4 | M |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO | EDAD | SEXO |
| 0 3 | T R E S | | |
| N° DE DIAS | N° 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

| | | | |
|--|--|--------------------------|------------------------------------|
| 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 = SI 2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO | [] [] [] [] [] [] DÍA MES AÑO | TRAYECTO | [] 1 = SI 2 = NO |
| HORA MINUTOS | [] [] [] [] 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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) | _____ |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA | avenida chile 208 palomares, |
| Concepción | _____ |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) | 09-90739809 |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|--|
| P L A Z A | S I L V A | F E R N A N D A A N T | 1 9 1 0 8 6 5 5 - 4 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO | MEDICINA GENERAL | 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA |
| 41-2128086/ TELÉFONO/FAX | CARDENIO AVELLO 70, Concepción DIRECCIÓN | ESPECIALIDAD | <i>Documento firmado electrónicamente</i> 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 122016347-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 5 0 8 2 4 4 6 | | | | | | - | 6 4 1 2 4 8 2 8 7 1 | | | | | | 0 6 0 8 2 0 2 5 | | | | | | | | | | | | |
| RUN | | | | | | | TELEFONO | | | | | | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA) | | | | | | | | | | | | |
| LAUTARO 4 8 7 0, CONCEPCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCEPCIÓN | | | | | | | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

| | |
|---|--|
| 9 | 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 |
|---|--|

OCUPACION

| | |
|-----|--|
| 1 2 | 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 1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. <u>CUPRUM</u> | 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. <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 1 0 1 1 9 9 0 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) | SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = SI 2 = NO 0 1 0 3 2 0 0 6 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 <input checked="" type="checkbox"/> C A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR | SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR |
|---|---|

L O S A N D E S
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 122016347-0

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 | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| 3 | 05 | 2025 | 30 | \$ 0 | \$ 1.161.817 | \$ 0 | 0 |
| 3 | 06 | 2025 | 27 | \$ 0 | \$ 1.052.335 | \$ 0 | 3 |
| 3 | 07 | 2025 | 30 | \$ 0 | \$ 1.286.797 | \$ 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

% DESAHUCIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | , | 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 | N° DÍAS |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| 3 | 11 | 06 | 2025 | 13 | 06 | 2025 |
| 3 | 23 | 04 | 2025 | 25 | 04 | 2025 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| |
|--|
| <p>Documento firmado electrónicamente</p> |
| <p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p> |

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE CONCEPCION S.A. - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL N° 3 122016347-0

Fecha Otorgamiento : 06-08-2025 09:23 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : PLAZA SILVA, FERNANDA ANTONIA
Rut : 19108655-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : CARDENIO AVELLO 70, Concepción - Tel: 41-2128086

2. Datos Trabajador

Nombre : ORTIZ CALBUL, ELVIS JOSÉ
Rut : 11699897-1
Edad : 54
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-08-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : avenida chile 208 palomares, Concepción
Fecha término : 08-08-2025 Teléfono : 09-90739809
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-08-2025 12:00 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 06-08-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-08-2025 12:00 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: **122016347-0** y código de verificación: **I-8044b8**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.