



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 068734845-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D E L G A D O										O G A Z										C R I S T I A N E D M										1 7 2 1 5 9 8 3										4	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
0 6 0 4 2 0 2 2										0 6 0 4 2 0 2 2										3 2										M											
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO											
0 3										T R E S																															
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 = 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 ☒ 1 = SI LABORAL 2 = NO	INICIO TRAMITE ☒ 2 = SI INVALIDEZ 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 = 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 maipu 1430 dpto 806,	
Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-91701034	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R E Y										H I N C A P I E										J E S S I C A K A R O										2 5 8 0 4 8 8 6										5	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
43797-2																				MEDICINA GENERAL																					
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																					
41-2952021/										Freire 1445, Concepción										Documento firmado electrónicamente																					
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										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.

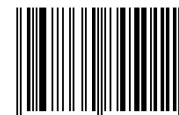
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 068734845-1

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					06042022				
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)									
LAUTARO 487, 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).

12

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

01122009

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

SEGURO DE DESEMPLEOTrabajador afiliado a AFC 1 1 = SI
2 = NOContrato de duración indefinida 1 1 = SI
2 = NO**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 068734845-1

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	01	2022	30	\$ 0	\$ 1.211.946	\$ 0	0
8	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.205.923	\$ 0	0
8	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.405.364	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

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

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 1 = SI
2 = NO

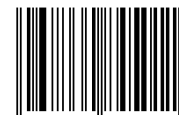
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	20	10	2021	03	11	2021

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 068734845-1

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

Fecha Otorgamiento : 06-04-2022 10:28 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : REY HINCAPIE, JESSICA KAROLINA
Rut : 25804886-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 41-2952021

2. Datos Trabajador

Nombre : DELGADO OGAZ, CRISTIAN EDMUNDO
Rut : 17215983-4
Edad : 32
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-04-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : maipu 1430 dpto 806, Concepción
Fecha término : 08-04-2022 Teléfono : 09-91701034
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 07-04-2022 11:51 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 06-04-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-04-2022 11:51 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: **68734845-1** y código de verificación: **c349c4**

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.