

**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

Nº 3 071667462-2

**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	
0 9 0 6 2 0 2 2		1 0 0 6 2 0 2 2		4 7	SEXO
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	
0 7	S I E T E				Nº DE DIAS EN PALABRAS
Nº DE DIAS					

*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**

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERINAL 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	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO					
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO						

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

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

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

S A L G A D O	V E R G A R A	K A R E N	A N D R E A	9 7 1 4 5 4 8	- 2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
40571-k				RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL	
41-29655051/		Freire 1445, Concepción		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
				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 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 071667462-2

**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 9 0 6 2 0 2 2  
RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)  
LAUTARO 4 8 7 , 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 = CONSTRUCCIÓN.  
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

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

CÓDIGO   LETRA (CAJA PREV)

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.

0 1 0 5 1 9 9 9

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida

1 = SI  
2 = NO

0 1 0 3 2 0 0 9

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

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

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**

Nº 3 071667462-2

**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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	
	MES	AÑO	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
				A	B	C	D
8	03	2022	30	\$ 0		\$ 1.290.280	\$ 0
8	04	2022	30	\$ 0		\$ 1.113.503	\$ 0
8	05	2022	30	\$ 0		\$ 1.113.503	\$ 0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible  
 provisional 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	
	MES	AÑO	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
				A	B	C	D

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

Documento firmado electrónicamente

--

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 071667462-2

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

Fecha Otorgamiento : 09-06-2022 17:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : SALGADO VERGARA, KAREN ANDREA  
Rut : 9714548-2  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 41-29655051

## 2. Datos Trabajador

Nombre : BRITO SAAVEDRA, VANESSA EUGENIA  
Rut : 12704491-0  
Edad : 47  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 10-06-2022 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 7 Dirección : marihueñu 4110 escuadron, Coronel  
Fecha término : 16-06-2022 Teléfono : 09-64306517  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 13-06-2022 09:12 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 09-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 13-06-2022 09:12 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **71667462-2** y código de verificación: **c2c237**

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.