



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 076105474-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P E Ñ A I L I L L O	C A S T I L L O	Á L V A R O A N T O N	1 9 5 9 5 0 7 0	9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
1 3 0 9 2 0 2 2	1 4 0 9 2 0 2 2	2 5	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 2	D O 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
1
RECUPERABILIDAD 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = 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 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	1
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	1
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA ROSAS 25 DP 1710B,	
Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-71599609	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

T R E J O	V E C C H I O N A C	A N A V I R G I N I A	2 6 3 6 8 7 7 7	9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
Número colegio médico	MEDICINA GENERAL		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
09-47459994/	Av. Kennedy 5413-B, Las Condes		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



Nº 3 076105474-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN REVISIONAL				
2	1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.			
CÓDIGO	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> LETRA (CAJA PREV)	3	5	
3	5			
NOMBRE				
INT. PREV. UNO				

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

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

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									
☐ C	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR																		
☐	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 076105474-0

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	
				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
35	06	2022	30	\$ 0	\$ 1.399.228	\$ 0	0
35	07	2022	30	\$ 0	\$ 1.239.573	\$ 0	0
35	08	2022	30	\$ 0	\$ 1.239.573	\$ 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)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			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
7	05	05	2022	11	05	2022

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 076105474-0

Sucursal : ARAUCO SALUD LIMITADA - Redsalud Telemedicina

Fecha Otorgamiento : 13-09-2022 20:16 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Trejo Vecchionacce , Ana Virginia
Rut : 26368777-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Av. Kennedy 5413-B, Las Condes - Tel: 09-47459994

2. Datos Trabajador

Nombre : PEÑAILILLO CASTILLO, ÁLVARO ANTONIO
Rut : 19595070-9
Edad : 25
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-09-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 2 Dirección : ROSAS 25 DP 1710B, Concepción
Fecha término : 15-09-2022 Teléfono : 09-71599609
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 14-09-2022 12:08 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 13-09-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 14-09-2022 12:08 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: **76105474-0** y código de verificación: **544be7**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.