

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

Nº 3 077044393-8



**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

ALARCÓN	ORMENÉO	BÁRBARA IVÓN	16388416	- K
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
05102022	11102022	35	F	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
42	CUARENTA Y DOS			
Nº DE DIAS	Nº 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**

3	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			
1	1 = SI		
2	2 = NO		
INICIO TRAMITE			
1	1 = SI		
2	2 = NO		
FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
TRAYECTO			
1	1 = SI		
2	2 = NO		
HORA MINUTOS			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			
02	2022		
MES	AÑO		

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA	
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>
A = MAÑANA	
B = TARDE	
C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	
1	1 = SU DOMICILIO
2	2 = HOSPITAL
3	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
CALLE 4 NUMERO 1078 CASA 60,	
Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-88127096	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

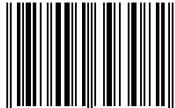
GIRON	SAVEDRA	FABIOLA ANDR	14665042	- 2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
Número colegio médico		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
-2403100/		DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX		Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción		Documento firmado electrónicamente
				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**



Nº 3 077044393-8

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

F	U	N	D	.E	D	U	C	o	l	E	G	I	O	L	A	P	R	O	V	I	D	E	N	C	E	P	C	I													
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																									
6	5	0	8	2	4	4	6		6	4	1	2	4	8	2	8	7	1		0	5	1	0	2	0	2	2														
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)																															
L	A	U	T	A	R	O	4	8	7			,	C	O	N	C	E	P	C	I	O	N																			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																									
C															C	O	N	C	E	P	C	I	O	N																	
CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																																									
C															C	O	N	C	E	P	C	I	O	N																	
COMUNA																																									

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

9

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).

INSPECTORA DE PATIO

**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  3  4  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
INT. PREV. MODELO S.A.

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  1  0  2  0  1  3

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)  0  2  1  0  2  0  1  3 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

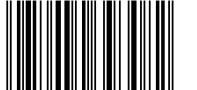
1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida

1 = SI  
 2 = NO

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																											
<input type="checkbox"/> L	O	S		A	N	D	E	S																				
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6																												
<input type="checkbox"/> E	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR																											
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO																												

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



Nº 3 077044393-8

**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
34	07	2022	30	\$ 0		\$ 512.778	\$ 0
34	08	2022	30	\$ 0		\$ 445.943	\$ 0
34	09	2022	30	\$ 0		\$ 531.379	\$ 0

% DESAHUCIO
0 <input type="text"/> , 0 <input type="text"/>

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 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
34	01	2022	30	\$ 0		\$ 445.943	\$ 0
34	02	2022	25	\$ 0		\$ 371.619	\$ 0
34	03	2022	25	\$ 0		\$ 390.652	\$ 0

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  
receptionado 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



Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMÁN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A.

Fecha Otorgamiento : 05-10-2022 18:58 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : GIRON SAAVEDRA, FABIOLA ANDREA  
Rut : 14665042-2  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Dirección : Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción - Tel: -2403100

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ALARCÓN ORMEÑO, BÁRBARA IVÓN  
Rut : 16388416-K  
Edad : 35  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 11-10-2022 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 42 Dirección : CALLE 4 NUMERO 1078 CASA 60, Concepción  
Fecha término : 21-11-2022 Teléfono : 09-88127096  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 06-10-2022 16:57 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 05-10-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-10-2022 16:57 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: **77044393-8** y código de verificación: **167277**

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.