



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 077854363-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	R	T	I	A	G	A				S	A	N	T	I	B	A	Ñ	E	Z	P	A	M	E	L	A		A	N	D	R	E	1	5	1	7	8	8	9	-	0
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN													
2	4	1	0	2	0	2	2		2	5	1	0	2	0	2	2		3	9	F																				
FECHA OTORGAMIENTO									FECHA INICIO REPOSO									EDAD		SEXO																				
1	5																		Documento firmado electrónicamente																					
N° DE DÍAS		QUINCE																		FIRMA TRABAJADOR																				
		N° DE DÍAS EN PALABRAS																																						

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	1 = 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	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 El arrayan 15 cerro el santo,	
Tomé _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-33776571	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	A	N	T	I	B	A	Ñ	E	Z	M	U	Ñ	O	Z					T	A	M	A	R	A		V	A	L	E	S	1	6	2	8	5	7	2	3	-	1
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO							NOMBRES							RUN																	
33353-0																NEUROLOGÍA							1																	
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO							ESPECIALIDAD							1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																	
02-9788000/									Froilán Roa 6542, La Florida							Documento firmado electrónicamente							FIRMA PROFESIONAL																	
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN																															

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



N° 3 077854363-K

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).

TECNICO EN ENFERMERIA

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	3 3
	LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE	
INT. PREV. CAPITAL	

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	☒ 1	1 = SI 2 = NO

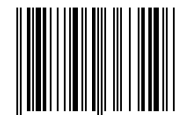
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION														
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 ☒ C A = 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 AÑOS NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO														

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 077854363-K

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
33	07	2022	30	\$ 0	\$ 516.481	\$ 0	0
33	08	2022	30	\$ 0	\$ 449.646	\$ 0	0
33	09	2022	30	\$ 0	\$ 538.566	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

Remuneración imponible previsible 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)

2 1 = SI
2 = NO

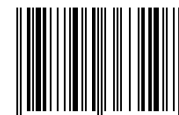
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

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



N° 3 077854363-K

Sucursal : Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza - Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insun

Fecha Otorgamiento : 24-10-2022 23:53 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : SANTIBAÑEZ MUÑOZ, TAMARA VALESKA
Rut : 16285723-1
Especialidad : NEUROLOGÍA
Dirección : Froilán Roa 6542, La Florida - Tel: 02-9788000

2. Datos Trabajador

Nombre : ARTIAGA SANTIBAÑEZ, PAMELA ANDREA
Rut : 15178889-0
Edad : 39
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 25-10-2022
N° Días : 15
Fecha término Tipo : 08-11-2022
Lugar : Domicilio
Dirección : El arrayan 15 cerro el santo, Tomé
Teléfono : 09-33776571
Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 25-10-2022 11:36 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 24-10-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-10-2022 11:36 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: **77854363-K** y código de verificación: **a6c584**

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.