

# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

  
N° 3 077915437-8**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

G A L L A R D O	O S S E S	X I M E N A	A L E J A	1 2 6 9 8 9 8 3	- 0		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
2 5 1 0 2 0 2 2	2 6 1 0 2 0 2 2	4 8	F	FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 5	Q U I N C E	Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	Documento firmado electrónicamente			

**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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA    MES    AÑO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES    AÑO

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA _____ Bulnes 1162, block B depto 1140, Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-87263079	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

G A M B O A	M E L G A R E J O	J A V I E R	R O D R I	1 2 3 0 9 2 9 0	- 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN	
22446-4				MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		Documento firmado electrónicamente	
2734253/	Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL	
TELÉFONO/FAX					

**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 077915437-8**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

FUND.	EDUC.	COLEGIO	LA	PROVIDENCIA	DE	CONCEPCI																							
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																													
6	5	0	8	2	4	4	6	-	6	4	1	2	4	8	2	8	7	1	2	5	1	0	2	0	2	2			
RUN										TELÉFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)									
LAUTARO										487										CONCEPCIÓN									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																													
CONCEPCIÓN										_____										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN									
COMUNA										_____										_____									

**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

**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		CALIDAD DEL TRABAJADOR		SEGURO DE DESEMPLERO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = D.L. 3501 INP.	<input type="checkbox"/> 2 = D.L. 3500 A.F.P.	<input checked="" type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.	<input type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.	Trabajador afiliado a AFC	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
CÓDIGO	5	<input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	0 1 0 8 1 9 9 8	Contrato de duración indefinida	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
NOMBRE			0 1 0 3 1 9 9 9	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)	
INT. PREV.	HABITAT				

## ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6
<input checked="" type="checkbox"/> C = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> 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 077915437-8

**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	
	MES	AÑO	Nº DÍAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
				A	B	C	D
5	07	2022	30	\$ 0	\$ 1.480.313	\$ 0	0
5	08	2022	30	\$ 0	\$ 1.413.478	\$ 0	0
5	09	2022	30	\$ 0	\$ 1.545.670	\$ 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL, N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DÍAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	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)

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 077915437-8

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

Fecha Otorgamiento : 25-10-2022 18:00 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Gamboa Melgarejo, Javier Rodrigo  
Rut : 12309290-2  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción – Tel: 2734253

## 2. Datos Trabajador

Nombre : GALLARDO OSSES, XIMENA ALEJANDRA  
Rut : 12698983-0  
Edad : 48  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 26-10-2022 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 15 Dirección : Bulnes 1162, block B depto 1140, Concepción  
Fecha término : 09-11-2022 Teléfono : 09-87263079  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitado por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 26-10-2022 17:50 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 25-10-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 26-10-2022 17:50 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: 77915437-8 y código de verificación: 774302

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.