

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 078553774-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DIAZ	ROMERO	DANIELA BEAT	16190394	- 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
081112022	071112022	37	F	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
05	CINCO			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 = 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
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	HORA MINUTOS
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; N°; DEPTO; COMUNA _____	
los naranjos 3798, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____	
09-94874172	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

SAEZ	ERICES	RODRIGO ALEX	9727441	- K
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
272140		MEDICINA GENERAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
9-84781321/	Jorge Alessandri 2047, Hualpén	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX				

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



N° 3 078553774-2

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	0	8	1	1	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 DESEMPLEO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.		<input type="checkbox"/> Trabajador afiliado a AFC	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
CÓDIGO <input checked="" type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	0 1 0 4 2 0 0 8		Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	0 1 0 3 2 0 0 9	
NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)			

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	
<input checked="" type="checkbox"/> C	A = 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 078553774-2

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	
	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
29	08	2022	30	\$ 0	\$ 1.488.978	\$ 0	0
29	09	2022	26	\$ 0	\$ 1.616.875	\$ 0	4
29	10	2022	30	\$ 0	\$ 1.488.978	\$ 0	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	
	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
4	06	09	2022	09	09	2022

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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Clínica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 08-11-2022 16:15 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Saez Erices, Rodrigo Alejandro
Rut : 9727441-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 9-84781321

2. Datos Trabajador

Nombre : DÍAZ ROMERO, DANIELA BEATRIZ
Rut : 16190394-9
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 07-11-2022 Lugar : Domicilio
Nº Días : 5 Dirección : los naranjos 3798, Talcahuano
Fecha término : 11-11-2022 Teléfono : 09-94874172
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 09-11-2022 12:36 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 08-11-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 09-11-2022 12:36 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: 78553774-2 y código de verificación: **dea782**

El que incurra en las falsoedades 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.