

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 083837718-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | |
|--------------------|---------------------|------------------|----------|------------------------|
| HERMOSILLA | HERMOSILLA | CAMIILA ROMAN | 17542054 | - 1 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES |
| 19032023 | 17032023 | 32 | F | RUN |
| FECHA OTORGAMIENTO | FECHA INICIO REPOSO | EDAD | SEXO | |
| 15 | QUINCE | | | 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 | |
| | | | | | |
| 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 MATERINAL 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 type="checkbox"/> 1 = SI | | |
| <input type="checkbox"/> 2 = NO | <input type="checkbox"/> 2 = NO | | |
| INICIO TRAMITE | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 = SI | <input type="checkbox"/> 1 = SI | | |
| <input type="checkbox"/> 2 = NO | <input type="checkbox"/> 2 = NO | | |
| FECHA DEL ACCIDENTE | | | |
| TRABAJO O DEL TRAYECTO | DIA | MES | AÑO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TRAYECTO | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 = SI | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 = NO | | | |
| HORA MINUTOS | | | |
| | | | |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN | | | |
| MES | AÑO | | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL | <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| SÓLO PARA | |
| REPOSO PARCIAL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> A = MAÑANA | |
| <input type="checkbox"/> B = TARDE | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| Playa Chivilingo 1219 nueva | |
| los lobos, Talcahuanco | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) | |
| 09-98768342 | |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | |
|------------------------------------|---------|---|----------|--|
| REJON | ANDRADE | RICARDO ALBE | 26006742 | - 7 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | CORREO ELECTRÓNICO | | OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |
| 9-45054110/ | | Francesa Pedro de Valdivia 97, Concepción | | ESPECIALIDAD |
| TELÉFONO/FAX | | DIRECCIÓN | | <input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA |
| 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 083837718-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCI
RAZON SOCIAL EMPLEADOR
6 5 0 8 2 4 4 6 - 6 4 1 2 4 8 2 8 7 1 1 9 0 3 2 0 2 3
RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
LAUTARO 4 8 7 , CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
CONCEPCIÓN
COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

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).

EDUCADORA DE PARVULO

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 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. PROVIDA

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.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

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

- C = 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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 083837718-1

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 | | |
| | | | | | | | |
| 8 | 12 | 2022 | 30 | \$ 0 | | \$ 1.368.390 | |
| 8 | 01 | 2023 | 30 | \$ 0 | | \$ 1.090.517 | |
| 8 | 02 | 2023 | 30 | \$ 0 | | \$ 1.090.517 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| % DESAHUCIO | |
|-------------|---|
| 0 | 0 |

Remuneración imponible
 provisional 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 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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
 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



Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMAN S.A. - CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMAN S.A.

Fecha Otorgamiento : 19-03-2023 09:36 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : REJON ANDRADE, RICARDO ALBERTO
Rut : 26006742-7
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Francesa Pedro de Valdivia 97, Concepción - Tel: 9-45054110

2. Datos Trabajador

Nombre : HERMOSILLA HERMOSILLA, CAMILA ROMANET
Rut : 17542054-1
Edad : 32
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-03-2023 Lugar : Domicilio
Nº Días : 15 Dirección : Playa Chivilingo 1219 nueva los lobos, Talcahuano
Fecha término : 31-03-2023 Teléfono : 09-98768342
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 20-03-2023 17:06 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 19-03-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-03-2023 17:06 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: **83837718-1** y código de verificación: **I-4c8d39**

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.