

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 085740860-8**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

MANRIQUEZ	FLORES	CONSTANZA M I	18111485	- 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
02052023	02052023	30	F	FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
04	CUATRO	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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 LABORAL 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO	FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO	TRAYECTO HORA MINUTOS 1 = SI 2 = NO	FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO
---	--	---	--	--	-----------------------------------

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
senda pelantaro 350 villamargarita, Penco	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-78020522	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

SANCHEZ	JORQUERA	FRANCISCO JA	14069688	- 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
REG. COLEGIO PROFESIONAL 02-24257535/	CORREO ELECTRÓNICO CARDENIO AVELLO 70, Concepción	MEDICINA FAMILIAR DIRECCIÓN	RUN 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 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

Nº 3 085740860-8

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					0 2 0 5 2 0 2 3
RUN					TELEFONO		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)		
LAUTARO 487 0, 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).

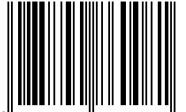
C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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. CÓDIGO <input type="text" value="2 9"/> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL	1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. 0 1 0 5 2 0 1 6	Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO 2 1 0 6 2 0 1 6
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 = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
LOS ANDES <input style="width: 100px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;" type="text"/>	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA



N° 3 085740860-8

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)

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

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)

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

Documento firmado electrónicamente

1 = SI
2 = NO

For more information, visit www.ams.org or call 800-321-4267.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE CONCEPCIÓN S.A. - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL

N° 3 085740860-8

Fecha Otorgamiento : 02-05-2023 14:14 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN

1. Datos Profesional

Profesional : SANCHEZ JORQUERA, FRANCISCO JAVIER
Rut : 14069688-9
Especialidad : MEDICINA FAMILIAR
Dirección : CARDENIO AVELLO 70, Concepción - Tel: 02-24257535

2. Datos Trabajador

Nombre : MANRÍQUEZ FLORES, CONSTANZA MINERVA
Rut : 181111485-1
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 02-05-2023 Lugar : Domicilio
Nº Días : 4 Dirección : senda pelantaro 350 villamargarita, Penco
Fecha término : 05-05-2023 Teléfono : 09-78020522
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 03-05-2023 11:05 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 02-05-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-05-2023 11:05 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: **85740860-8** y código de verificación: **I-9e2861**

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.