

# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 086342936-6

#### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

##### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V E R A	R E Y E S	F R A N C I S C A	C E	1 6 7 6 1 9 1 3	- 4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
1 9 0 5 2 0 2 3	1 8 0 5 2 0 2 3	3 4	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
1 1	O N C E	Nº DE DIAS EN PALABRAS		Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS				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	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI
	2 = NO		2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI
HORA MINUTOS			2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MES		AÑO

##### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL		
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SÓLO PARA	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	B = TARDE
	<input type="checkbox"/>	C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL	
	3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA	camino del aguila km 1.5 casa	
1, Hualqui		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-51399311	

##### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S A N C H E Z	S O T O	F R A N C I S C O	J A	1 8 8 5 5 2 2 7	- 7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	ESPECIALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO	
41-2449708/	ZAÑARTU 850, Concepción			<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<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 086342936-6

#### 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		1 9 0 5 2 0 2 3	
RUN			TELEFONO		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)	
LAUTARO	4 8 7		0 ,	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 = 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

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).

##### ASISTENTE DE AULA

##### 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"/> 2	1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.	<input type="checkbox"/> 1	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"/> 1	1 = SI 2 = NO
CÓDIGO	<input type="text" value="5"/> <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	<input type="checkbox"/> 2	Contrato de duración indefinida	<input type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO
NOMBRE	INT. PREV.	HABITAT	1 6 1 0 2 0 0 7	2 2 0 8 2 0 2 2	FECHA PRIMERA AFILIACION/ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

##### 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**

Nº 3 086342936-6

**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 COLUMNAS 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		% DESAHUCIO  <table border="1"><tr><td>0</td><td>,</td><td>0</td></tr></table>	0	,	0
0	,	0									
IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)									
MES	AÑO	Nº DÍAS				MONTO	Nº DÍAS				
5	02	2023	30	\$ 0		\$ 453.808	\$ 0	0			
5	03	2023	30	\$ 0		\$ 566.762	\$ 0	0			
5	04	2023	30	\$ 0		\$ 547.360	\$ 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		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.
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS	

Las remuneraciones  
informadas deben  
corresponden 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  
receptionado 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 : Dirección de Salud Municipal de Concepcion - CESAM JUAN SOTO

Fecha Otorgamiento : 19-05-2023 08:15 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional	: Sanchez Soto, Francisco Javier
Rut	: 18855227-7
Especialidad	: MEDICINA GENERAL
Dirección	: ZAÑARTU 850, Concepción - Tel: 41-2449708

## 2. Datos Trabajador

Nombre	: VERA REYES, FRANCISCA CECILIA
Rut	: 16761913-4
Edad	: 34
Sexo	: Femenino
Tipo Licencia	: 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 18-05-2023	Lugar	: Domicilio
Nº Días	: 11	Dirección	: camino del aguila km 1.5 casa 1, Hualqui
Fecha término	: 28-05-2023	Teléfono	: 09-51399311
Tipo	: Reposo Total		

## 4. Estado de la licencia

Estado	: Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación	: 19-05-2023 15:42 hrs.
Motivo Anulación	:
Motivo Rechazo	:
Motivo Devolución	:

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador	: 65082446-6
Fecha de Recepción	: 19-05-2023
Fecha de envío a pronunciamiento	: 19-05-2023 15:42 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: **86342936-6** y código de verificación: **I-686261**

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.