

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 089001114-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: A R T I A G A APELLIDO MATERNO: S A N T I B Á Ñ E Z NOMBRES: P A M E L A A N D R E RUN: 1 5 1 7 8 8 8 9 - 0
 FECHA OTORGAMIENTO: 1 7 0 7 2 0 2 3 FECHA INICIO REPOSO: 1 7 0 7 2 0 2 3 EDAD: 4 0 SEXO: F
 N° DE DÍAS: 1 5 N° DE DÍAS EN PALABRAS: Q U I N C E Documento firmado electrónicamente FIRMA TRABAJADOR

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

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	
3 = LICENCIA MATERNAL 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	<input type="text" value="1"/>	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="text" value="2"/>	1 = SI 2 = NO
----------------------------	--------------------------------	------------------	-----------------------------	--------------------------------	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA	MES	AÑO
---	---	-----	-----	-----

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA	MINUTOS	TRAYECTO	<input type="text"/>	1 = SI 2 = NO
---	------	---------	----------	----------------------	------------------

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>	MES	AÑO
------------------------	---	-----	-----

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

E S P A R Z A	A E D O	M A R I S E L A	1 8 4 3 0 3 9 6	-	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
43068-4		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 20px; text-align: center;">1</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 5px;"> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA </div>		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD			
41-2724995/	Mariano Egaña N 1640, Tomé		<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 089001114-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN																									
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																									
65082446 - 6										412482871										17072023					
RUN										TELÉFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)					
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

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TÉCNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

ENCARGADA SALA PRIMEROS AUXILIOS

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

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN PREVISIONAL	
2	1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO	3 3
	LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE	
INT. PREV.	CAPITAL

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.

0	1	1	1	2	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO
Contrato de duración indefinida	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO

0	1	0	3	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---

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

C A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 089001114-4

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 PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS				MONTO
	A			B	C	D	E
33	04	2023	30	\$ 0	\$ 503.611	\$ 0	0
33	05	2023	30	\$ 0	\$ 503.611	\$ 0	0
33	06	2023	1	\$ 0	\$ 37.727	\$ 0	29

% 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 PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E

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 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
recepionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	02	06	2023	01	07	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 089001114-4

Sucursal : Hospital de Tomé - Hospital de Tomé
Fecha Otorgamiento : 17-07-2023 11:16 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : ESPARZA AEDO, MARISELA
Rut : 18430396-5
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Mariano Egaña N 1640, Tomé - Tel: 41-2724995

2. Datos Trabajador

Nombre : ARTIAGA SANTIBÁÑEZ, PAMELA ANDREA
Rut : 15178889-0
Edad : 40
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 7. Patología del Embarazo

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-07-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 15 Dirección : el arrayan 15, el santo, Tomé
Fecha término : 31-07-2023 Teléfono : 09-33776571
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 17-07-2023 17:00 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 17-07-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-07-2023 17:00 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: **89001114-4** y código de verificación: **I-e87a6b**

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.