



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 090036830-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	L	A	R	C	Ó	N	O	R	M	E	Ñ	O	B	Á	R	B	A	R	A	I	V	Ó	N	1	6	3	8	8	4	1	6	K
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN														
1	4	0	8	2	0	2	3	1	4	0	8	2	0	2	3	3	6	F														
FECHA OTORGAMIENTO						FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO																		
0	7	S I E T E																														
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS 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)

G	A	R	R	I	D	O	A	L	A	R	C	O	N	E	M	M	A	2	7	9	8	2	0	6	1	4
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN								
1	1	1	1	2	0	2	2																			
FECHA NACIMIENTO																										

A.3 TIPO LICENCIA

4	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DÍA MES AÑO			
HORA MINUTOS	TRAYECTO ☐ 1 = SI 2 = NO			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ 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 coquimbo 607 dep A-42,	
Chiguayante	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-88127096	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M	A	R	T	I	N	E	Z	M	A	R	T	I	N	E	Z	J	O	S	E	M	A	N	U	E	L	1	1	8	9	6	6	4	4	9
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN																
19483-7												INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA						1																
REG. COLEGIO PROFESIONAL						CORREO ELECTRÓNICO						ESPECIALIDAD						1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																
41-3355293/						San Martín 870, oficina 405, Concepción						Documento firmado electrónicamente						FIRMA PROFESIONAL																
TELÉFONO/FAX						DIRECCIÓN																												

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 090036830-5

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCI																									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																									
65082446										- 6		412482871										14082023			
RUN										TELEFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)					
LAUTARO 4870, 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

OCUPACION

- 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).

19

INSPECTORA DE PATIO

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

- 2 1= D.L. 3501 INP.
 2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO 34 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. MODELO S.A.**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.

3

01102013

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEOTrabajador afiliado a AFC 1 1 = SI
2 = NOContrato de duración indefinida 1 1 = SI
2 = NO

02102013

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

C

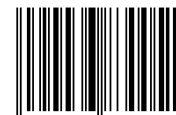
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- 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 090036830-5

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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E
34	05	2023	3	\$ 0	\$ 49.946	\$ 0	27
34	06	2023	0	\$ 0	\$ 18.084	\$ 0	30
34	07	2023	0	\$ 0	\$ 72.098	\$ 0	30

% 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
recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
7	07	08	2023	13	08	2023
7	31	07	2023	06	08	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 090036830-5

Sucursal : JOSE MANUEL MARTINEZ MARTINEZ - JOSE MANUEL MARTINEZ MARTINEZ

Fecha Otorgamiento : 14-08-2023 16:19 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : MARTINEZ MARTINEZ, JOSE MANUEL
Rut : 11896644-9
Especialidad : INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dirección : San Martín 870, oficina 405, Concepción - Tel: 41-3355293

2. Datos Trabajador

Nombre : ALARCÓN ORMEÑO, BÁRBARA IVÓN
Rut : 16388416-K
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 4. Enfermedad Grave del niño menor de 1 año

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-08-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 7 Dirección : coquimbo 607 dep A-42, Chiguayante
Fecha término : 20-08-2023 Teléfono : 09-88127096
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 14-08-2023 18:05 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 14-08-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 14-08-2023 18:05 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: **90036830-5** y código de verificación: **I-265088**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.