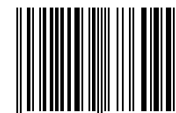


Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 092149686-9

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													
0	2	1	0	2	0	2	3	0	4	1	0	2	0	2	3	3	6	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
3	0	T	R	E	I	N	T	A										Documento firmado electrónicamente																						
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS															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)

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

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	<div>1</div>	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<div>2</div>	1 = SI 2 = NO
----------------------------	--------------	------------------	-----------------------------	--------------	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
	DÍA	MES	AÑO

<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	TRAYECTO	<div></div>	1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
	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

C A S T I L L O	O Y A R Z O	A N A M A R I A	8 2 3 3 7 9 7	- 0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
234885		PEDIATRÍA	1	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
41-2666000/	Jorge Alessandri 2047, Hualpén	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL		

Documento firmado electrónicamente

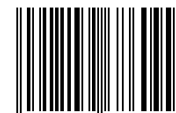
FIRMA PROFESIONAL

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 092149686-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

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 = TECNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

INSPECTORA DE PATIO

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 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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.

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	
C	<p>A = SERVICIO DE SALUD</p> <p>B = ISAPRE</p> <p>C = C.C.A.E.</p> <p>D = EMPLEADOR</p>

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

[illegible]

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 092149686-9

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	07	2023	0	\$ 0	\$ 72.098	\$ 0	30
34	08	2023	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
34	09	2023	0	\$ 0	\$ 75.749	\$ 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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	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	21	08	2023	27	08	2023
7	14	08	2023	20	08	2023
7	07	08	2023	13	08	2023
7	31	07	2023	06	08	2023
7	28	08	2023	03	09	2023
30	04	09	2023	03	10	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 092149686-9

Sucursal : Clínica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 02-10-2023 08:17 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Castillo Oyarzo, Ana María
Rut : 8233797-0
Especialidad : PEDIATRÍA
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 41-2666000

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 : 04-10-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 30 Dirección : coquimbo 607, Chiguayante
Fecha término : 02-11-2023 Teléfono : 09-88127096
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 02-10-2023 12:07 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 02-10-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 02-10-2023 12:07 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: **92149686-9** y código de verificación: **I-800f70**

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.