

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**

ALARCON	ORMEN	BÁRBARA IVÓN	16388416	- K
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
02102023	04102023	36	F	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
30	TREINTA			Nº DE DIAS EN PALABRAS
Nº DE DIAS				

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)

GARRIDO	ALARCON	EMMA	27982061	- 4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
11112022				RUN
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		<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI				
		2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO				
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO	
HORA MINUTOS		TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI					
			2 = NO					
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES	AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA	
<input type="checkbox"/> B = TARDE	
<input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA	
coquimbo 607,	
Chiguayante	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-88127096	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CASTILLO	OYARZO	ANAMARIA	8233797	- 0
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
234885				RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		PEDIATRÍA		
41-2666000/	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
TELÉFONO/FAX	Jorge Alessandri 2047, Hualpén	DIRECCIÓN		

 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 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 092149686-9

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		02102023		
RUN		TELEFONO		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)		
LAUTARO	487	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).

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)

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 0 2 0 1 3 0 2 1 0 2 0 1 3

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

- 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida

- 1 = SI
 2 = NO

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

- 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 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 ADÉMAS 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 PERÍODO 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	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
34	07	2023	0	\$ 0		\$ 72.098	\$ 0
34	08	2023	0	\$ 0		\$ 0	\$ 0
34	09	2023	0	\$ 0		\$ 75.749	\$ 0

% 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 PERÍODO 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	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS

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 = 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
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



Nº 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
Nº 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.