

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 049964352-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

N E I C U N										S E P Ú L V E D A										M I L L A R A Y P A Z										1 9 9 5 8 9 2 2										- 9	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
1 5 0 3 2 0 2 1										1 5 0 3 2 0 2 1										2 2		F																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
1 7		D I E C I S I E T E																																							
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																																							

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	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
------------------------------------	---	--------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO					
	DIA	MES	AÑO		

HORA MINUTOS			TRAYECTO	1	1 = SI 2 = NO
---------------------	--	--	-----------------	---	--------------------------

FECHA DE LA CONCEPCIÓN				
	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

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) POR TIPO DE ENFERMEDAD _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA RODRIGO DE QUIROGA 0727, San Bernardo

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-57199137

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

P	A	R	A	D	A							T	R	O	N	C	O	S	O			M	A	R	C	E	L	A		A	N	D	R		1	0	4	2	2	0	8	3	-	5
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN														
Número colegio médico										PSIQUIATRÍA										1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN																								
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																								
02-23867750/										Dorsal 6741, Lo Prado										Documento firmado electrónicamente																								
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 contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 049964352-7

Sucursal : Departamento de Salud Lo Prado - Cesfam Pablo Neruda
Fecha Otorgamiento : 15-03-2021 13:12 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FALABELLA RETAIL SA

1. Datos Profesional

Profesional : PARADA TRONCOSO, MARCELA ANDREA
Rut : 10422083-5
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Dorsal 6741, Lo Prado - Tel: 02-23867750

2. Datos Trabajador

Nombre : NEICUN SEPÚLVEDA, MILLARAY PAZ
Rut : 19958922-9
Edad : 22
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2021
N° Días : 17
Fecha término Tipo : 31-03-2021
Lugar : Otro Domicilio
Dirección : RODRIGO DE QUIROGA 0727, San Bernardo
Teléfono : 09-57199137
Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2021 02:30 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 77261280-K
Fecha de Recepción : 15-03-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 15-03-2021 22:52 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: **49964352-7** y código de verificación: **fd12c0**

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.