

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 069384294-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERNÁNDEZ AYALA FRANCISCA SO 20227818 - 3
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 21042022 21042022 22 F
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
 15 QUINCE
 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												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">RECUPERABILIDAD LABORAL</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;">1</td> <td style="width: 20%;">1 = SI 2 = NO</td> <td style="width: 30%;">INICIO TRAMITE INVALIDEZ</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;">2</td> <td style="width: 20%;">1 = SI 2 = NO</td> </tr> </table>		RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO						
RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 45%;">FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>		FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO							DÍA	MES	AÑO		
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO													
	DÍA	MES	AÑO										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 35%;"> TRAYECTO </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> 1 = SI 2 = NO </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA MINUTOS</td> </tr> </table>					TRAYECTO	1 = SI 2 = NO			HORA MINUTOS				
			TRAYECTO	1 = SI 2 = NO									
		HORA MINUTOS											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 45%;">FECHA DE LA CONCEPCIÓN</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>		FECHA DE LA CONCEPCIÓN						MES	AÑO				
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

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M E D I N A	H E N Z I	S O F I A	1 7 8 6 4 0 6 1 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	MEDICINA GENERAL		1
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
22-2860626/	BARROS ERRAZURIZ 1953, Providencia		<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 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.

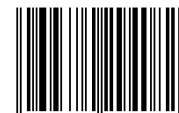
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 069384294-8

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

S A N T A I S A B E L	A D M I N I S T R A D O R A	S . A	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR			
7 6 0 6 2 7 9 4	- 1		
RUN		TELEFONO	
L A F L O R I D A		9 3 8 5 , L A F L O R I D A	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			
L A F L O R I D A			
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

5

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).

1 9

Operador Integral

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 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.

3

0 1 0 1 2 0 1 9

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

0 1 1 0 2 0 2 1

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

- E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP
 H = EMPLEADOR

L O S H É R O E S

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 069384294-8

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 74.3 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E
34	01	2022	30	\$0	\$242.865	\$0	\$0
34	02	2022	25	\$0	\$374.795	\$0	\$5
34	03	2022	30	\$0	\$194.400	\$0	\$0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

194.400

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 20 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
4	23	01	2022	26	01	2022
1	25	12	2021	25	12	2021

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 069384294-8

Sucursal : CENTRO DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO - CENTRO DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

Fecha Otorgamiento : 21-04-2022 12:47 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : Santa Isabel Administradora S.A

1. Datos Profesional

Profesional : Medina Henzi, Sofia
Rut : 17864061-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : BARROS ERRAZURIZ 1953, Providencia - Tel: 22-2860626

2. Datos Trabajador

Nombre : FERNÁNDEZ AYALA, FRANCISCA SOLEDAD
Rut : 20227818-3
Edad : 22
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1 Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-04-2022
N° Días : 15
Fecha término Tipo : 05-05-2022
Lugar : Domicilio
Dirección : igualdad 4514, La Florida
Teléfono : 09-33134143
Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 22-04-2022 12:38 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **69384294-8** y código de verificación: **382494**

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.