



Nº 3 042900567-1

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrá rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

SOTO		CABEZAS		RAMÓN	HERNÁN	10699584	-	2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN		
14082020		14082020		51	M			
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO			
07	SIETE					Documento firmado electrónicamente		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS					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	10699584	-	
FECHA NACIMIENTO					

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
	FECHA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	AÑO
TRAYECTO	HORA MINUTOS	1 = SI 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES			AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA _____ calle las acacias huerto 114, Paine _____		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-30559618		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ALTAMIRANO	VEGA	VICTOR MANUE	13728055	-	8
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
362077	REG. COLEGIO PROFESIONAL	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA		
9-67045279/	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	FIRMA PROFESIONAL		
TELÉFONO/FAX	Raul Sánchez cerda 44, Paine	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente		

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: 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

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 042900567-1

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- 3063/84 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS			
	MES	AÑO	Nº DÍAS				MONTO
	A			B	C	D	E
8	05	2020	30	\$ 0	\$ 505.991	\$ 0	0
8	06	2020	30	\$ 0	\$ 505.991	\$ 0	0
8	07	2020	30	\$ 0	\$ 505.991	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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)

2 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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 042900567-1

Sucursal : VICTOR ALTAMIRANO VEGA - VICTOR MANUEL ALTAMIRANO
VEGA

Fecha Otorgamiento : 14-08-2020 10:24 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : AGRICOLA CABO OSMER SPA

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR
AGRICOLA CABO OSMER SPA (RUT 76234502-1)

1. Datos Profesional

Profesional : ALTAMIRANO VEGA, VICTOR MANUEL
Rut : 13728055-8
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Raul Sánchez cerda 44, Paine - Tel: 9-67045279

2. Datos Trabajador

Nombre : SOTO CABEZAS, RAMÓN HERNÁN
Rut : 10699584-2
Edad : 51
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-08-2020 Lugar : Domicilio
Nº Días : 7 Dirección : calle las acacias huerto 114, Paine
Fecha término : 20-08-2020 Teléfono : 09-30559618
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 17-08-2020 11:38 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

Estimado trabajador:

Este comprobante debe entregarlo a su empleador para la tramitación de su licencia médica, el que debe enviar por correo electrónico o a través de otro medio (foto o comprobante escaneado). Sin embargo, es muy

Pueden revisar que este trabajo sea válido en la licencia médica al empleador de trabajador ingresando con el siguiente
Folio: 42900567-1 y código de verificación: ad1c5

Estimado Empleador:

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 comprobante es falso o falso se le aplicará multa de cincuenta mil pesos y se multará con una cantidad igual a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación permanente para ejercer licencias médicas durante el tiempo de la sanción.

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.

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción