

# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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 045862680-4

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D Í A Z      C A R O      J O C E L Y N C A R O      1 6 6 4 1 5 9 1 - 8  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN  
 1 6 1 1 2 0 2 0      1 7 1 1 2 0 2 0      3 3      F  
 FECHA OTORGAMIENTO      FECHA INICIO REPOSO      EDAD      SEXO  
 1 1      O N C 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 = 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>
	DIA	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

---

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Francisco Molina 4652, \_\_\_\_\_

Macul \_\_\_\_\_

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-90470855 \_\_\_\_\_

## A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

E	S	P	I	N	O	Z	A			O	R	E	L	L	A	N	A			R	U	B	E	N		E	N	R	I	Q	U			8	4	8	6	7	3	5			-	7
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN														

REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIDAD		1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
02-26591713/ TELÉFONO/FAX		Santa Julia 2309, Macul DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente 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

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 045862680-4

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

A N A H I T S P A		RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
7 6 8 3 7 2 8 7	- K	9 - 7 1 4 0 8 9 4 4	1 6 1 1 2 0 2 0
RUN		TELEFONO	
L A N I Ñ A 3 0 8 6		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			
L A S C O N D E S			
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

8

#### 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

RECEPCIONISTA

#### 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 8 LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
INT. PREV. PROVIDA

##### 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 7 2 0 0 6

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

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 1 = SI  
2 = NOContrato de duración indefinida 1 1 = SI  
2 = NO

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

###### SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

- A = SERVICIO DE SALUD  
B = ISAPRE  
C = C.C.A.E.  
D = EMPLEADOR

A

###### SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

C O M P I N

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante FONASA

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 045862680-4

### 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
8	08	2020	30	\$ 0	\$ 490.016	\$ 0	0
8	09	2020	30	\$ 0	\$ 490.016	\$ 0	0
8	10	2020	30	\$ 0	\$ 490.016	\$ 0	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 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)		
	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)

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  
recepionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 045862680-4

**Sucursal :** Corporación Municipal de Desarrollo Social de Macul - Cesfam Santa Julia

**Fecha Otorgamiento :** 16-11-2020 11:35 hrs.

**Entidad que se pronuncia :** FONASA

**Empleador :** ANAHIT SPA

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR  
ANAHIT SPA (RUT 76837287-K)**

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** ESPINOZA ORELLANA, RUBEN ENRIQUE  
**Rut :** 8486735-7  
**Especialidad :** MEDICINA FAMILIAR  
**Dirección :** Santa Julia 2309, Macul - Tel: 02-26591713

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** DÍAZ CARO, JOCELYN CAROLINA  
**Rut :** 16641591-8  
**Edad :** 33  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 17-11-2020  
**N° Días :** 11  
**Fecha término Tipo :** Reposo Total  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** Francisco Molina 4652, Macul  
**Teléfono :** 09-90470855

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador  
**Fecha Última Modificación :** 16-11-2020 17:44 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 importante que guarde la evidencia del envío de su licencia al empleador.

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Estimado Empleador:

Con el propósito de evitar la tramitación de licencias médicas electrónicas de empleador no adscrito en formato físico, hemos dispuesto un sitio web donde usted podrá tramitar esta licencia médica de manera electrónica, agilizando su cálculo y pronunciamiento. Para esto, debe ingresar a [www.licencia.cl/tramitar](http://www.licencia.cl/tramitar) y seguir los pasos ahí señalados.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **45862680-4** y código de verificación: **c703eb**

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.