



República de Chile  
Provincia de Linares  
Departamento de Personal

PARRAL 8 AGO. 2020

DECRETO EXENTO N°: 3332

**VISTOS:**

- 1.- Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2020.-
- 2.- Las Licencias Médicas presentada por los siguientes prestadores.-
- 3.- El Decreto Exento N° 3 de fecha 02.01.2020 que delega la firma de la Sra. Alcaldesa en la Encargada de Personal, Señorita Erica Gajardo Pérez, Profesional, Grado 10º E.M.S. y que ante la ausencia formalizada de ella o ante la imposibilidad de ejercer esta delegación de firma por encontrarse subrogando otro cargo, esta función recaerá en doña **MARIE MICHELE HIRIBARREN TARICCO**, Administradora Municipal, o quien la subrogue.-
- 4.- Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695/88, LEY Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.-

**DECRETO:**

- 1.-**AUTORIZASE**, Licencia Médica de los Prestadores de Servicios que se señalan, según el detalle que se incorpora en la tabla:

RUT	PRESTADOR DEL SERVICIOS	N° LICENCIA	Días	Desde	Hasta
	MARIA SOLEDAD VILCHES GARCIA	2985483-1	05	13.01.2020	17.01.2020
	CRISTOPHER GONZALEZ ARAUNA	36114765-0	05	20.01.2020	24.01.2020
	FELIPE YAÑEZ MENA	40692273-1	14	04.06.2020	17.06.2020
	VERONICA FUENTEALBA ARAVENA	3934196-4	42	06.08.2020	16.09.2020

**ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER - MUN.**  
"Por Orden de la Sra. Alcaldesa"

  
  
**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO**  
SECRETARIA MUNICIPAL

  
  
**MARIE MICHELE HIRIBARREN TARICCO**  
ADMINISTRADORA MUNICIPAL

MHT/ARC/mms.  
**DISTRIBUCIÓN**

- 1.- Archivo
- 2.- Personal
- 3.- Copia Digital Personal (mariat.morales@parral.cl)



### 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



\*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA

N° 3 FOLIO: 2985483-1

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VILCHES	GARCÍA	MARÍA SOLEDAD	[REDACTED]	27	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR		981384193			
CANAL		EMAIL DATO			

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
13 01 20 Dia Mes Año	13 01 20 Dia Mes Año	5	CINCO

#### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
------------------	------------------	---------	-----

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Comun  
 2=Prorroga Medicina Preventiva  
 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal  
 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano  
 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto  
 6=Enfermedad Profesional  
 7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL  1=Si 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ  2=Si 1=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO TRAYECTO  1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL  A=Manana B=Tarde C=Noche  
 2=Reposo Laboral Parcial

LUGAR DE REPOSO  1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA  
 VILLA 1| MAYO 2 PARRAL CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 981384193

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LABRA	BALLESTA	GUILLERMO ANTONIO	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
CIRUGIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	13575	GLABRA1960@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
AVDA. ANIBAL PINTO N° 1255 # PARRAL CHILE		732462346	
DIRECCION		TELEFONO	FAX

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



## 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



### SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

NOMBRE		RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

<b>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</b> <input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/> 1=Minas, Petróleos y Canteras <input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> 3=Construcción <input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/> 5=Comercio <input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones <input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros <input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales <input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada	<b>OCUPACION</b> 11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)
---	---

#### C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b> <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código: Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev.	<b>CALIDAD TRABAJADOR</b> <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector público afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n 18.834 <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	<b>SEGURO DESEMPLEO</b> Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duración Indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
--	--	---

<b>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</b> Dia Mes Año	<b>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</b>	<b>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</b>
---	---	----------------------------------

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7</b> <input type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6</b> <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador
---	--

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:



### 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



#### C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas deben registrar remuneraciones en la columna B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B		C		D	E

**% DESAHUCIO**

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B		C		D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

1=Si  
2=No

Art 13 - El empleador debera presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres dias habiles siguientes de recepcionado el documento.

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

====COMPIN=====FONASA=====  
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000  
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl



# 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 036114765-0

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G O N Z Á L E Z				A R A U N A				C R I S T O P H E R A				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
2 0 0 1 2 0 2 0				2 0 0 1 2 0 2 0				3 5		M					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 5		C I N C O										Documento firmado electrónicamente			
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS										FIRMA TRABAJADOR			

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalus (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
[REDACTED]															
FECHA NACIMIENTO															

### A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO [REDACTED] DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED] HORA [REDACTED] MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO	

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>portal alameda calle 5 numero</u> <u>582, Parral</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-59674598</u>	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V I L L A G R A				T A P I A				A U R O R A D E L A				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
29940-5								M E D I C I N A F A M I L I A R				1 = MÉDICO			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				2 = DENTISTA			
73-2464338/				B u i n # 4 1 1 , P a r r a l								3 = MATRONA			
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN								Documento firmado electrónicamente			
												FIRMA PROFESIONAL			

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 periodo 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 036114765-0

## 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 AGUILLADOS 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

**% 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

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° 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 recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 036114765-0

Sucursal : Aurora Villagra Tapia - Aurora Villagra Tapia

Fecha Otorgamiento : 20-01-2020 19:20 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : CRISTOPHER ALEJANDRO GONZÁLEZ ARAUNA

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR**

## 1. Datos Profesional

Profesional : villagra tapia, aurora de las mercedes  
Rut : ██████████  
Especialidad : MEDICINA FAMILIAR  
Dirección : Buin # 411, Parral - Tel: 73-2464338

## 2. Datos Trabajador

Nombre : GONZÁLEZ ARAUNA, CRISTOPHER ALEJANDRO  
Rut : ██████████  
Edad : 35  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-01-2020 Lugar : Domicilio  
N° Días : 5 Dirección : portal alameda calle 5 numero 582, Parral  
Fecha término : 24-01-2020 Teléfono : 09-59674598  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional  
Fecha Última Modificación : 20-01-2020 19:20 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 15826647-4  
Fecha de Recepción :  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Si su empleador no está adscrito informe que lo haga a través de [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de empleador y tramite las próximas licencias totalmente electrónicas y de manera gratuita.

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: **36114765-0**

y código de verificación: **de4744**

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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Artículo 202 del Código Penal.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 040692273-1

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Y Á N E Z	M E N A	F E L I P E A N D R É	[REDACTED]
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
0 9 0 6 2 0 2 0	0 4 0 6 2 0 2 0	3 8	M
<small>FECHA OTORGAMIENTO</small>	<small>FECHA INICIO REPOSO</small>	<small>EDAD</small>	<small>SEXO</small>
1 4	C A T O R C E		
<small>N° DE DÍAS</small>	<small>N° DE DÍAS EN PALABRAS</small>	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
<small>FIRMA TRABAJADOR</small>			

#### 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)

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
[REDACTED]			
<small>FECHA NACIMIENTO</small>			

#### A.3 TIPO LICENCIA

<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1</p>	<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI          2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI          1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p style="text-align: center;">[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p> <p style="text-align: center;"><small>DÍA MES AÑO</small></p> <p>HORA MINUTOS <input type="checkbox"/> 1 = SI  <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p style="text-align: center;">[REDACTED] [REDACTED]</p> <p style="text-align: center;"><small>MES AÑO</small></p>
--	--

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA  <input type="checkbox"/> B = TARDE  <input type="checkbox"/> C = NOCHE</p>	<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO  <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL  <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>TARAPACA N 460,</u></p> <p><u>Parral</u></p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-86024385</u></p>
--	--

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

P I N O	G O N Z A L E Z	J A V I E R A A N D R	[REDACTED]
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
Número colegio médico	REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD
<u>71-2209956/</u>	<u>San Jose 301, Fresia</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
<small>TELÉFONO/FAX</small>	<small>DIRECCIÓN</small>	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
<small>FIRMA PROFESIONAL</small>			

**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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.  
 Sitio web <http://www.licencia.cl/>





**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 040692273-1

**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. 1-3063/80 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

**% DESAHUCIO**

Remuneración imponible provisional 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° 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 recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud. Sitio web <http://www.licencia.cl/>

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 040692273-1

Sucursal : SUBSECRETARIA DE SALUD - LME Contacto Cercano

Fecha Otorgamiento : 09-06-2020 13:22 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : \*\*\* SIN DEFINIR \*\*\*

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR**

## 1. Datos Profesional

Profesional : PINO GONZALEZ, JAVIERA ANDREA  
Rut : ██████████  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : San Jose 301, Fresia - Tel: 71-2209956

## 2. Datos Trabajador

Nombre : YÁÑEZ MENA, FELIPE ANDRÉS  
Rut : ██████████  
Edad : 38  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-06-2020 Lugar : Domicilio  
N° Días : 14 Dirección : TARAPACA N 460, Parral  
Fecha término : 17-06-2020 Teléfono : 09-86024385  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional

Fecha Última Modificación :  
Estimado trabajador:

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

## 5. Datos de pronunciamiento

importante que guarde la evidencia del envío de su licencia al empleador.  
No hay pronunciamientos para esta licencia.

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.

Recuerde que puede adscribirse a la tramitación electrónica a través del sitio [www.lmempleador.cl](http://www.lmempleador.cl); a partir de Enero 2021 la tramitación de las licencias médicas será exclusivamente electrónica, con excepciones debidamente fundadas (Decreto N°46, Ministerio de Salud).

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: **40692273-1** y código de verificación: **e758cb**

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.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 040692273-1

Sucursal : SUBSECRETARIA DE SALUD - LME Contacto Cercano  
Fecha Otorgamiento : 09-06-2020 13:22 hrs.  
Entidad que se pronuncia : FONASA  
Empleador : \*\*\* SIN DEFINIR \*\*\*

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR**

## 1. Datos Profesional

Profesional : PINO GONZALEZ, JAVIERA ANDREA  
Rut : ██████████  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : San Jose 301, Fresia - Tel: 71-2209956

## 2. Datos Trabajador

Nombre : YÁÑEZ MENA, FELIPE ANDRÉS  
Rut : ██████████  
Edad : 38  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-06-2020 Lugar : Domicilio  
N° Días : 14 Dirección : TARAPACA N 460, Parral  
Fecha término : 17-06-2020 Teléfono : 09-86024385  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional  
Fecha Última Modificación :  
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.

Recuerde que puede adscribirse a la tramitación electrónica a través del sitio [www.lmempleador.cl](http://www.lmempleador.cl); a partir de Enero 2021 la tramitación de las licencias médicas será exclusivamente electrónica, con excepciones debidamente fundadas (Decreto N°46, Ministerio de Salud).

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: **40692273-1** y código de verificación: **e758cb**

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.



## Comprobante de Licencia Médica Electrónica

Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite.



Operador: 4 (MEDIPASS)  
Folio Licencia: 3934196-4  
Estado: 1 (Otorgada)

### 1. Identificación del Trabajador

Nombre: VERÓNICA MABEL FUENTEALBA ARAVENA  
RUT: [REDACTED]

Edad: 31  
Sexo: FEMENINO  
Fecha de Emisión: 07-08-2020  
Inicio de Reposo: 06-08-2020  
N° de días: 42  
Tipo de licencia: MIXTA

### 2. Identificación del Hijo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
RUN: \_\_\_\_\_

### 3. Datos de reposo

Fecha Inicio: 06-08-2020 Fecha Termino: 16-09-2020  
N# Días: 42 Tipo Reposo: Reposo Total  
Dirección Reposo: villa portal alameda, calle 8 573  
Teléfono: 982777411

### 4. Datos del Prestador

Razón Social: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
Profesional: Marcela Alejandra Majul Moya  
Entidad que pronuncia: FONASA

Fecha y firma recepción licencia por el Empleador: \_\_\_\_\_

Firma y timbre del empleador

**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.

Conozca el estado de tramitación de ésta licencia médica electrónica, accediendo al sitio [www.medipass.cl](http://www.medipass.cl), e ingresando los datos RUT [REDACTED] Folio: 3934196-4 y código de verificación: C9F1FC.

**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 <http://www.medipass.cl/tramitar> y seguir los pasos ahí señalados accediendo con el folio de esta licencia y el código C9F1FC Recuerde que puede adscribirse a la tramitación electrónica a través del sitio <http://www.lmempleador.cl>; a partir de Enero 2021 la tramitación de las licencias médicas será exclusivamente electrónica, con excepciones debidamente fundadas (Decreto N°46, Ministerio de Salud) Teléfono: +56227149554 - Email: [soportempleador@fonasa.gov.cl](mailto:soportempleador@fonasa.gov.cl)

El contenido de la licencia médica electrónica es el mismo que tiene el formulario de papel y la tramitación de la Licencia Médica Electrónica se enmarca dentro de la legalidad vigente. Lo anterior se encuentra regulado en el DS N° 3 del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 168 del año 2006, y las Circulares N° 2338 y 2773 de la Superintendencia de Seguridad Social. En caso que reciba una copia impresa de la Licencia Médica Electrónica, ésta es absolutamente legal, y por tanto documento hábil para que usted la trámite ante la entidad respectiva. Si Ud requiere mayor información puede contactarse a FONASA: [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), fono 600-3603000 Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO): [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl), o directamente en el sitio web [lme.gob.cl](http://lme.gob.cl)

VALIDE LA LICENCIA EN [HTTP://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA?HASH=C9F1FC](http://WWW.MEDIPASS.CL/WEBAPPDIS/VALIDA?HASH=C9F1FC)