

SONIA IVONNE CARCAMO CORDOVA

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 245

RUT: 15.179.629-K

**GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y
TECNICAS N.C.P.,**

**VTA PRENDAS DE VESTIR,ACCESORIOS//CAPACITA Y
ASESORIAS EN SERV SOCIAL**

**AVENIDA 21 DE MAYO 2367 Block CASA Depto. 3 Villa/Pob. LORENZO
ARENAS , CONCEPCION
TELEFONO: 3220683**

Fecha: 31 de Octubre de 2025

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE CONCEPCION

Rut: 69.150.400- K

Domicilio: OHIGGINS 525, CONCEPCION, CONCEPCION

Por atención profesional:

PERIODO A PAGAR DEL 18.08.25 AL 24.08.25 - LICENCIA MEDICA	275.360
Total Honorarios: \$:	275.360
14.5 % Impto. Retenido:	39.927
Total:	235.433

Fecha / Hora Emisión: 17/10/2025 13:50



1517962900245B62654B

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202510171350

Fecha / Hora Impresión: 17/10/2025 13:50



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 122481917-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C A R C A M O C Ó R D O V A S O N I A I V O N N E 1 5 1 7 9 6 2 9 - K
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 1 8 0 8 2 0 2 5 1 8 0 8 2 0 2 5 4 2 F
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
 0 7 S I E T E N° DE DÍAS N° DE DÍAS EN PALABRAS
 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 ☐ 1 1 = SI
 2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ ☐ 2 1 = SI
 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

DÍA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO ☐ 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 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 AV 21 MAYO , 2367# CASA 3 -
LORENZO ARENAS., Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-31082909

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	A	R	A							M	O	R	A	L	E	S					A	L	V	A	R	O	B	E	R	N	A						1	6	2	8	6	5	9	1	-	9
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN																
																				MEDICINA GENERAL										<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																										
41-2796222/										Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción										Documento firmado electrónicamente																										
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																										

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

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

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 122481917-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

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

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).

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

RESUMEN PREVITAL

☐ 2 1= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO ☐ 2 ☐ 9 ☐ LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. PLANVITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

4 = 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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC	<input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO
Contrato de duración indefinida	<input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO

1	5	1	1	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---

3	0	0	5	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/>	<p>E = SERVICIO DE SALUD</p> <p>F = MUTUAL</p> <p>G = INP</p> <p>H = EMPLEADOR</p>

[illegible]



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 122481917-6

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.

(INFORMACIÓN 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS				
	A			B	C	D	E
29	02	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
29	03	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
29	04	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
29	05	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
29	06	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
29	07	2025	30	\$ 0	\$ 0	\$ 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	
	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
	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
recepcionado el documento

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMAN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A. N° 3 122481917-6

Fecha Otorgamiento : 18-08-2025 14:14 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : Sonia Ivonne Carcamo Cordova

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR

Sonia Ivonne Carcamo Cordova (RUT 15179629-K)

1. Datos Profesional

Profesional : Lara Morales, Alvaro Bernardo
Rut : 16286591-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción - Tel: 41-2796222

2. Datos Trabajador

Nombre : CÁRCAMO CÓRDOVA, SONIA IVONNE
Rut : 15179629-K
Edad : 42
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 18-08-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 7 Dirección : AV 21 MAYO , 2367# CASA 3 - LORENZO ARENAS,, Concepción
Fecha término : 24-08-2025 Teléfono : 09-31082909
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 19-08-2025 11:40 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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.

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 y seguir los pasos ahí señalados.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **122481917-6** y código de verificación: **I-35c02c**

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.