



OFICIO N° 115411  
INC.: solicitud

Irg/ogv  
S.58°/373

VALPARAÍSO, 11 de agosto de 2025

El Diputado señor CARLOS BIANCHI CHELECH, en uso de la facultad que le confieren los artículos 9° de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, y 308 del Reglamento de la Cámara de Diputados, ha requerido que se oficie a Ud. para que, al tenor de la solicitud adjunta, informe a esta Cámara sobre la posibilidad de reevaluar todos los antecedentes, reclamos y solicitudes presentadas a la fecha por don Héctor Mancilla Fernández, para el pago de sus licencias médicas, así como la de entregar respuesta indicando la fecha de pago.

Me permito hacer presente que, si la respuesta a este oficio contuviere materias reservadas o secretas, deberá señalarlo en forma destacada e indicar el fundamento legal de tal calificación, en cumplimiento a lo ordenado en el inciso segundo del artículo 8° de la Constitución Política de la República.

Lo que tengo a bien comunicar a Ud., conforme a lo dispuesto en las señaladas disposiciones.

Dios guarde a Ud.

LUIS ROJAS GALLARDO  
Prosecretario de la Cámara de Diputados

A LA SEÑORA SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL



<https://extranet.camara.cl/verificardoc>

Código de verificación: 9BBCCD5D6326F16A



**SOLICITA a la Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO considerar en cuanto a la función que tiene este organismo, de resguardar el correcto funcionamiento del sistema de salud mediante la ejecución de procesos eficientes de regulación; es que se solicita a esta Superintendencia revisar el caso de don Héctor Rodolfo Mancilla Fernández, paciente diagnosticado con Mieloma Múltiple IgG Kappa no candidato a trasplante, y dentro de sus facultades y de acuerdo a la normativa vigente reconsiderar el pago de las licencias médicas Folio N° 120366404-0; Folio N° 119275469-7 y Folio N° 117636947-3 rechazadas por reposo injustificado.**

Para: **PAMELA GANA CORNEJO**

Superintendente de Seguridad Social

**Oficio N °:**

**Fecha: 06 DE AGOSTO DE 2025**

Junto con saludarle cordialmente me dirijo a usted en mi calidad de Honorable Diputado del Distrito Número 28, y según lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, vengo en solicitar tenga a bien informar respecto de los antecedentes que en esta presentación se requieren:

Con mucha preocupación he tomado conocimiento durante la semana distrital correspondiente al mes de julio de 2025 al recibir en nuestra oficina parlamentaria de Punta Arenas a don Héctor Rodolfo Mancilla Fernández, RUT 7.560.808-k, quien nos comentó y entregó antecedentes con datos personales sobre su actual situación de salud y socioeconómica a raíz del no pago de 3 licencias médicas consecutivas que comenzaron en mayo de 2025.





Una vez más nuestro sistema de salud está fallándole a quienes más lo necesitan con las graves consecuencias que significan en este caso para don Héctor, paciente con diagnóstico de **Mieloma Múltiple IgG Kappa no candidato a trasplante, diagnosticado en el año 2023 en tratamiento de inducción, de mantención, pamidronato mensual y profilaxis con exámenes que muestran a la fecha persistencia de la enfermedad. Sumado a esto don Héctor presenta dolor de origen óseo en tratamiento en Unidad de Cuidados Paleativos y aunque su enfermedad se encuentra controlada hasta la fecha sigue siendo una enfermedad incurable.**

Ante lo complejo de su situación médica y siendo ya una persona adulta mayor de 69 años, y considerando que en su informe complementario de médico tratante item **3. RECUPERABILIDAD LABORAL: NO \_\_x, debe iniciar trámite de invalidez a contar de: \_\_\_\_\_**

En base a lo expuesto, y considerando que ya son 3 meses en que el sr. Mancilla no percibe renta es que en nuestra calidad de cámara fiscalizadora **solicitamos respetuosamente a Doña Pamela Gana Cornejo – Superintendente de Seguridad Social SUSESO reevaluar todos los antecedentes, reclamos y solicitudes presentadas a la fecha por don Héctor Rodolfo Mancilla Fernández, R.U.N. N° 7.560.808-k, y entregar respuesta indicando fecha de pago de sus licencias médicas.**





Sin más que agregar, esperando una pronta y consistente respuesta, me despido atentamente, a Ud.,

**CARLOS BIANCHI CHELECH**

**H. Diputado de la República**

**Distrito 28**

- Se adjuntan documentos de don Héctor Rodolfo Mancilla Hernández.

FIRMADO DIGITALMENTE:  
H.D. CARLOS BIANCHI C.





Pta. Arenas, 01 julio, 2025

### INFORME COMPLEMENTARIO DE MEDICO TRATANTE

En virtud de la normativa vigente, respecto de la(s) licencia(s) médica(s) que cursa vuestro(a) paciente y se tramitan en esta Subcomisión de la COMPIN Regional, se requiere de Ud. el Informe Complementario siguiente.

Nombre del(a) paciente	Héctor Mancilla Fernández
RUT N°	7560808-K
N° de Licencias Médicas	
Diagnósticos	Mieloma Múltiple IgG Kappa no candidato a trasplante
N° DE DIAS LICENCIA	

**1. Breve historia, fundamentos clínicos y/o de laboratorio y/o de imagenología en que se basa el diagnóstico, precisar si la enfermedad o lesión es o no de origen laboral (si requiere más espacio, continuar al reverso):**

Paciente con Mieloma Múltiple diagnosticado el 2023 en contexto de anemia y dolor lumbar. En exámenes de laboratorio se pesquisa gamapatía monoclonal IgG Kappa, se confirma Mieloma Múltiple con Biopsia de médula ósea. TAC informa múltiples lesiones líticas esqueléticas y fractura L4, evaluado por neurocirugía siendo las lesiones de manejo conservador. Y por parte de hematología se inicia terapia antimieloma.

**2. Evolución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados (fecha de operación, si procede), resultados obtenidos:**

Se realizó tratamiento de inducción con muy buena respuesta parcial, actualmente sigue en tratamiento de mantención, pamidronato mensual y profilaxis infecciosas con exámenes que muestran persistencia de enfermedad hasta la fecha. Además paciente presenta dolor de origen óseo en tratamiento en Unidad de Cuidados Paliativos. Enfermedad es incurable pero se encuentra controlada hasta la fecha.

**3. RECUPERABILIDAD LABORAL:**

SI \_\_\_\_\_, fecha probable de alta (reintegro laboral): \_\_\_\_\_  
NO   x  , debe iniciar trámite de invalidez a contar de: \_\_\_\_\_

**EL PRESENTE INFORME DEBERÁ SER REMITIDO A ESTA COMPIN EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 7 DIAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE RECEPCION DE LA SOLICITUD. EL NO CUMPLIMIENTO DE DICHSO PLAZOS, FACULTA A ESTA COMISION A PROCEDER DE ACUERDO A LAS SANCIONES QUE CONTEMPLA LA LEY N° 20.585.-**

*Dra. Daniela Cordero*  
Hematóloga  
Rut: 14.082.348-0  
R.C.M. 25176

Nombre Médico Tratante: Daniela Cordero Nuñez, Especialidad: Hematología



## Seguimiento del reclamo

[Videos tutoriales sobre el reclamo](#)

La Superintendencia de Seguridad Social pone a su disposición esta vía para que pueda revisar de manera expedita su reclamo.

FUI N° 1163334.

### Estado de su trámite

Asignado

Estando ya completado el expediente, su reclamo ha sido asignado a un(a) profesional de la Superintendencia para que proceda a su estudio y análisis

### Etapa de su trámite



*Estudio de reclamación*

*Su caso se encuentra en la etapa de estudio. Un(a) profesional de la Superintendencia se encuentra analizando su reclamo, a efectos de preparar una propuesta de resolución.*

### Detalle del estado de su trámite

RUN del interesado(a)	7.560.808-K
Nombre del interesado(a)	HÉCTOR RODOLFO MANCILLA
Fecha de ingreso de la reclamación	23/05/2025
Folio expediente	R-85796-2025
Materia reclamada	Licencias médicas
Licencias reclamadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folio 120366404-0</li> <li>Folio 119275469-7</li> <li>Folio 117636947-3</li> </ul>

Lo invitamos a obtener su clave única para consultar más detalles en [Mi-Portal de la Seguridad Social](#)



# Licencia Médica

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



N° 3 120366404-0

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M	A	N	C	I	L	L	A			F	E	R	N	Á	N	D	E	Z	H	É	C	T	O	R	R	O	D	O	L	7	5	6	0	8	0	8	-	K
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN														
2	7	0	6	2	0	2	5	0	2	0	7	2	0	2	5	6	9	M																				
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																				
3	0	T R E I N T A																																				
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS																<i>Documento firmado electrónicamente</i>																				
																		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

<input checked="" type="checkbox"/> 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												
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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="2"></td> </tr> </table>							DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO											
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>HORA</td><td>MINUTOS</td> </tr> </table>			HORA	MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO								
HORA	MINUTOS												
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>							MES	AÑO				
MES	AÑO												

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Río canelo 01026 dpto 2</u> <u>segundo piso, Punta Arenas</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-75681767</u>	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C	A	R	D	E	M	I	L			N	A	V	A	R	R	E	T	E	D	A	N	I	E	L	A	S	U	S	A	1	4	0	8	2	3	4	3	-	0
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN															
Número colegio médico									CORREO ELECTRÓNICO									HEMATOLOGÍA						<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA															
REG. COLEGIO PROFESIONAL									AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas									ESPECIALIDAD						<i>Documento firmado electrónicamente</i>															
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.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 120366404-0

Sucursal : SERVICIO DE SALUD MAGALLANES - HOSPITAL CLINICO  
MAGALLANES

Fecha Otorgamiento : 27-06-2025 09:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : SOC.COMER.EXT.MEMO PTA. ARENAS

## 1. Datos Profesional

Profesional : CARDEMIL NAVARRETE, DANIELA SUSANA  
Rut : 14082343-0  
Especialidad : HEMATOLOGÍA  
Dirección : AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas - Tel: 2-3543152

## 2. Datos Trabajador

Nombre : MANCILLA FERNÁNDEZ, HÉCTOR RODOLFO  
Rut : 7560808-K  
Edad : 69  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 02-07-2025 Lugar : Domicilio  
N° Días : 30 Dirección : Río canelo 01026 dpto 2 segundo piso, Punta Arenas  
Fecha término : 31-07-2025 Teléfono : 09-75681767  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada  
Fecha Última Modificación : 22-07-2025 13:06 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 79697160-6  
Fecha de Recepción : 27-06-2025  
Fecha de envío a pronunciamiento : 02-07-2025 14:41 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución	: 121-33992	Causa del Rechazo	: Reposo injustificado
Fecha Resolución	: 11-07-2025	Pendiente por	:
Desde	: 02-07-2025	Derecho a subsidio	: C
Hasta	: 31-07-2025	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 30 días	Días previos	: 0
N° Resolución	: 121-33992	Causa del Rechazo	: Reposo injustificado
Fecha Resolución	: 22-07-2025	Pendiente por	:
Desde	: 02-07-2025	Derecho a subsidio	: C
Hasta	: 31-07-2025	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 30 días	Días previos	: 0

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: **120366404-0** y código de verificación: **I-50e19b**

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.



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



N° 3 117636947-3

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M A N C I L L A	F E R N Á N D E Z	H É C T O R R O D O L	7 5 6 0 8 0 8 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 9 0 4 2 0 2 5	0 3 0 5 2 0 2 5	6 9	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
3 0	T R E I N T A		
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

<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>_____ DÍA _____ MES _____ AÑO</p> <p>_____ HORA _____ MINUTOS</p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p>_____ MES _____ AÑO</p>

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>
<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Río Canelo 01026, 2 piso dpto</u> <u>11B, Punta Arenas</u></p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-75681767</u></p>

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C A R D E M I L	N A V A R R E T E	D A N I E L A S U S A	1 4 0 8 2 3 4 3 - 0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	CORREO ELECTRÓNICO	HEMATOLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas	ESPECIALIDAD	<i>Documento firmado electrónicamente</i>
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.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 117636947-3

Sucursal : SERVICIO DE SALUD MAGALLANES - HOSPITAL CLINICO  
MAGALLANES

Fecha Otorgamiento : 29-04-2025 15:07 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : SOC.COMER.EXT.MEMO PTA. ARENAS

## 1. Datos Profesional

Profesional : CARDEMIL NAVARRETE, DANIELA SUSANA  
Rut : 14082343-0  
Especialidad : HEMATOLOGÍA  
Dirección : AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas - Tel: 2-3543152

## 2. Datos Trabajador

Nombre : MANCILLA FERNÁNDEZ, HÉCTOR RODOLFO  
Rut : 7560808-K  
Edad : 69  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 03-05-2025 Lugar : Domicilio  
N° Días : 30 Dirección : Río Canelo 01026, 2 piso dpto 11B, Punta Arenas  
Fecha término : 01-06-2025 Teléfono : 09-75681767  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada  
Fecha Última Modificación : 15-05-2025 17:02 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 79697160-6  
Fecha de Recepción : 29-04-2025  
Fecha de envío a pronunciamiento : 30-04-2025 11:43 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución	: 121-21713	Causa del Rechazo	: Reposo injustificado
Fecha Resolución	: 08-05-2025	Pendiente por	:
Desde	: 03-05-2025	Derecho a subsidio	: C
Hasta	: 01-06-2025	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 30 días	Días previos	: 0
N° Resolución	: 121-21713	Causa del Rechazo	: Reposo injustificado
Fecha Resolución	: 15-05-2025	Pendiente por	:
Desde	: 03-05-2025	Derecho a subsidio	: C
Hasta	: 01-06-2025	Reposo	: Reposo Total
Días Autorizados	: 30 días	Días previos	: 0

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: **117636947-3** y código de verificación: **I-192c69**

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

Sucursal: SERVICIO DE SALUD MAGALLANES-HOSPITAL CLINICO MAGALLANES

Fecha emisión: 29-04-2025 15:07:00

Asegurador: FONASA

Empleador: SOC.COMER.EXT.MEMO PTA. ARENAS



### 1. Datos Profesional

Profesional: CARDEMIL NAVARRETE, DANIELA SUSANA

RUT: 14082343-0

Especialidad: Hematología

Dirección: AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas

### 2. Datos Trabajador

Nombre: MANCILLA FERNÁNDEZ, HÉCTOR RODOLFO

RUN: 7560808-K

Edad: 69

Sexo: Masculino

Tipo licencia: Enfermedad o accidente común

### 3. Datos Reposo

Fecha inicio: 03-05-2025

Nº Días: 30

Tipo reposo: Reposo total

Lugar: Domicilio

Dirección: Río Canelo 01026, 2 piso dpto 11B, Punta Arenas

Teléfono: 09-75681767

### 4. Estado de la licencia

Estado: Liquidada

Fecha última modificación: 15-05-2025 17:02:38

Motivo anulación:

Motivo rechazo:

Motivo devolución:

### 5. Datos empleador

RUT empleador: 79697160-6

Fecha recepción: 2025-04-29

Fecha de envío a la entidad: 2025-04-30 11:43:18

### 6. Resolución

Resolución: 145362455

Resolución nº: 121-21713

Fecha resolución: 2025-05-08 00:00:00

Desde: 2025-05-03 00:00:00

Hasta: 2025-06-01 00:00:00

Días autorizados: 30

Causa del rechazo: Reposo injustificado

Pendiente por:

Derecho a subsidio: C

Reposo:

Días previos: 0

Resolución: 145362458

Resolución nº: 121-21713

Fecha resolución: 2025-05-15 00:00:00

Desde: 2025-05-03 00:00:00

Hasta: 2025-06-01 00:00:00

Días autorizados: 30

Causa del rechazo: Reposo injustificado

Pendiente por:

Derecho a subsidio: C

Reposo:

Días previos: 0

### 7. Liquidación de licencia médica

No existen liquidaciones para esta licencia

## Comprobante de Licencia Médica Electrónica

**Sucursal:** SERVICIO DE SALUD MAGALLANES-HOSPITAL CLINICO MAGALLANES

**Fecha emisión:** 27-06-2025 09:11:52

**Asegurador:** FONASA

**Empleador:** SOC.COMEREXT.MEMO.PTA.ARENAS



### 1. Datos Profesional

**Profesional:** CARDAMIL NAVARRETE, DANIELA SUSANA

**RUT:** 14082343-0

**Especialidad:** Hematología

**Dirección:** AVENIDA LOS FLAMENCOS 01364, Punta Arenas

### 2. Datos Trabajador

**Nombre:** MANCILLA FERNÁNDEZ, HÉCTOR RODOLFO

**RUN:** 7560808-K

**Edad:** 69

**Sexo:** Masculino

**Tipo licencia:** Enfermedad o accidente común

### 3. Datos Reposo

**Fecha inicio:** 02-07-2025

**Nº Días:** 30

**Tipo reposo:** Reposo total

**Lugar:** Domicilio

**Dirección:** Río canelo 01026 dpto 2 segundo piso, Punta Arenas

**Teléfono:** 09-75681767

### 4. Estado de la licencia

**Estado:** Liquidada

**Fecha última modificación:** 22-07-2025 13:06:16

**Motivo anulación:**

**Motivo rechazo:**

**Motivo devolución:**

### 5. Datos empleador

**RUT empleador:** 79697160-6

**Fecha recepción:** 2025-06-27

**Fecha de envío a la entidad:** 2025-07-02 14:41:35

### 6. Resolución

**Resolución:** 149243993

**Resolución nº:** 12I-33992

**Fecha resolución:** 2025-07-11 00:00:00

**Desde:** 2025-07-02 00:00:00

**Hasta:** 2025-07-31 00:00:00

**Días autorizados:** 30

**Causa del rechazo:** Reposo injustificado

**Pendiente por:**

**Derecho a subsidio:** C

**Reposo:**

**Días previos:** 0

**Resolución:** 149243996

**Resolución nº:** 12I-33992

**Fecha resolución:** 2025-07-22 00:00:00

**Desde:** 2025-07-02 00:00:00

**Hasta:** 2025-07-31 00:00:00

**Días autorizados:** 30

**Causa del rechazo:** Reposo injustificado

**Pendiente por:**

**Derecho a subsidio:** C

**Reposo:**

**Días previos:** 0

### 7. Liquidación de licencia médica

No existen liquidaciones para esta licencia