

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



Nº 3 116723861-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

O L I V A	S A L I N A S	A L F O N S O	E N R I	1 3 2 4 7 9 1 4	- 3	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
0 9 0 4 2 0 2 5	0 9 0 4 2 0 2 5	4 7	M			
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO	
0 3	T R E S					
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS 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

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERINAL 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 <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	
INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	
<input type="checkbox"/> HORA	<input type="checkbox"/> MINUTOS
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA _____ Pedro Aguirre Cerda 255, San Pedro de la Paz _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-96942662	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

H A R R I S O N	C O F R E	J O H N Y	1 8 5 9 2 7 4 9	- 0	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	RUN
Número colegio médico _____		CORREO ELECTRÓNICO _____		MEDICINA GENERAL _____	
REG. COLEGIO PROFESIONAL _____		DIRECCIÓN _____		ESPECIALIDAD _____	
9-99669781/		Freire 1445, Concepción		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX _____				FIRMA PROFESIONAL _____	

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

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

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

Nº 3 116723861-7



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA			
RAZON SOCIAL EMPLEADOR			
6 5 0 8 2 4 4 6	- 6	9 - 8 2 3 0 1 0 0 5	1 0 0 4 2 0 2 5
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)	
LAUTARO NS 487	, CONCEPCION	DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
CONCEPCION	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

9

OCCUPACION

- 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 2

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL TRABAJADOR	SEGURO DE DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	1 9 1 2 1 9 9 7	0 1 0 3 2 0 2 5
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)		

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
<input checked="" type="checkbox"/> C = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
LOS ANDES	
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 116723861-7

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 PERÍODO 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)	
	MES	AÑO	Nº DÍAS	MONTO	Nº DÍAS		
34	01	2025	30	\$ 0		\$ 0	0
34	02	2025	30	\$ 0		\$ 0	0
34	03	2025	30	\$ 0		\$ 1.273.317	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 PERÍODO 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)	
	MES	AÑO	Nº DÍAS	MONTO	Nº 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
receptionado 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 116723861-7

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

Fecha Otorgamiento : 09-04-2025 18:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

**ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR
FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION (RUT 65082446-6)**

1. Datos Profesional

Profesional : harrison cofre, johny
Rut : 18592749-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 9-99669781

2. Datos Trabajador

Nombre : OLIVA SALINAS, ALFONSO ENRIQUE
Rut : 13247914-3
Edad : 47
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 09-04-2025 Lugar : Domicilio
Nº Días : 3 Dirección : Pedro Aguirre Cerda 255, San Pedro de la Paz
Fecha término : 11-04-2025 Teléfono : 09-96942662
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 11-04-2025 11:01 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 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: **116723861-7** y código de verificación: **I-956864**

El que incurra en las falsoedades 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.