



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 119259911-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

E	S	C	A	R	E	S				V	A	L	D	E	R	R	A	M	A	E	L	I	B	E	T	H	S	U	S	A	1	5	6	1	6	4	5	6	-	9
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN													
0	2	0	6	2	0	2	5	0	2	0	6	2	0	2	5	4	1	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
0	5	CINCO																																						
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	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 = 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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA OHIGGINS PONIENTE 2512,	
Chiguayante	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-74856042	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M	E	N	D	O	Z	A				R	I	F	F	O						M	I	G	U	E	L	A	L	E	J	A	1	8	3	8	7	7	1	2	-	7
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES									RUN													
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO									MEDICINA GENERAL									ESPECIALIDAD													
65-2484800/									Freire 1445, Concepción									Documento firmado electrónicamente									FIRMA PROFESIONAL													
TELÉFONO/FAX									DIRECCIÓN																															

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 119259911-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

RAZON SOCIAL EMPLEADOR																											
								-																			
RUN								TELÉFONO								FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																											
COMUNA												CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN															

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- ☐ 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
 3 = CONSTRUCCIÓN.
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO.
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACIÓN

- ☐ 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. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**REGIMEN PREVISIONAL**

- ☐ 1 = D.L. 3501 INP.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.
- CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV)
- NOMBRE INT. PREV. _____

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- ☐ 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
☐ 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
☐ 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
 2 = NO
- Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN 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**

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 119259911-K

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
	MES	AÑO	N° DÍAS				
	A			B	C	D	E

% 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

[illegible]

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

[illegible]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 119259911-K

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico
Fecha Otorgamiento : 02-06-2025 12:11 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : mendoza Riffo, Miguel Alejandro
Rut : 18387712-7
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 65-2484800

2. Datos Trabajador

Nombre : ESCARES VALDERRAMA, ELIBETH SUSANA
Rut : 15616456-9
Edad : 41
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 02-06-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : OHIGGINS PONIENTE 2512, Chiguayante
Fecha término : 06-06-2025 Teléfono : 09-74856042
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 02-06-2025 12:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 02-06-2025
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **119259911-K** y código de verificación: **I-58cad2**

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 cometiére 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.