

# 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 121963997-6

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

R I V A S	A L V A R A D O	R O S S A N A	A L E J	1 7 6 1 3 1 0 5	- 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
0 5 0 8 2 0 2 5	0 5 0 8 2 0 2 5	3 4	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
0 7	S I E T E			Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			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)

A E N I S H A N S L	R I V A S	P A S C A L	2 8 6 8 7 4 0 5	- 3	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
2 8 0 1 2 0 2 5	FECHA NACIMIENTO			RUN	

#### A.3 TIPO LICENCIA

4	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERINAL 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 type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/> TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MES	AÑO

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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 type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
Jaime Repullo 3620, Dpto	
A403, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-64896231	

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V E N E G A S	R O J A S	O S C A R	M A N U E L	7 3 3 9 1 2 1	- 0
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
15245-5				RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO			MEDICINA GENERAL	
41-2226456/	Janequeo 187, Concepción			ESPECIALIDAD	
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 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

N° 3 121963997-6

### 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	0 5 0 8 2 0 2 5	
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)
LAUTARO 487	CONCEPCION	
CONCEPCION		DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
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).

PSICOLOGA

#### 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. PROVIDA

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = 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.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA)

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

- 1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida

- 1 = SI  
 2 = NO

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

###### SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

###### SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

# 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 121963997-6

### 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.

(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	
				A	B	C	D	E
8	05	2025	0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
8	06	2025	0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
8	07	2025	0		\$ 0	\$ 117.537	\$ 0	30

% 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	
				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)

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



Sucursal : OSCAR MANUEL VENEGAS ROJAS - OSCAR MANUEL VENEGAS  
ROJAS N° 3 121963997-6

Fecha Otorgamiento : 05-08-2025 11:33 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUNDACION EDUCACIONAL COLEGIO LA PROVIDENCIA

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

## 1. Datos Profesional

Profesional : Venegas Rojas, Oscar Manuel  
Rut : 7339121-0  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Janequeo 187, Concepción - Tel: 41-2226456

## 2. Datos Trabajador

Nombre : RIVAS ALVARADO, ROSSANA ALEJANDRA  
Rut : 17613105-5  
Edad : 34  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 4. Enfermedad Grave del niño menor de 1 año

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 05-08-2025 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 7 Dirección : Jaime Repullo 3620, Dpto A403, Talcahuano  
Fecha término : 11-08-2025 Teléfono : 09-64896231  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 06-08-2025 08:12 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](http://www.licencia.cl/tramitar) y seguir los pasos ahí señalados.

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: **121963997-6** y código de verificación: **I-394884**

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.