

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 121991915-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V E J A R	C U A D R A	E L I Z A B E T	N I C	1 9 8 1 1 4 7 4	- K
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
0 5 0 8 2 0 2 5	0 6 0 8 2 0 2 5	2 7	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO
0 3	T R E S	Nº DE DIAS EN PALABRAS			
Nº DE DIAS					

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	1 9 8 1 1 4 7 4	-
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
Marn negro 4853., Hualpén	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-67196752	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

F E R R A D A	Z E R E N E	I V A N	A D O L F O	1 9 9 7 2 0 3 8	- 4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL	
56-978755516/ TELÉFONO/FAX		Freire 1445, Concepción DIRECCIÓN		ESPECIALIDAD	

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

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
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 121991915-4

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

FUND.	EDUC.	COLEGIO	LA	PROVIDENCIA	DE	CONCEPCI
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR						
65082446		- 6	412482871		05082025	
RUN			TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)		
LAUTARO	487	0	, CONCEPCIÓN			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR						
CONCEPCIÓN						
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).

ASISTENTE DE SALA**C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO****REGIMEN PREVISIONAL**

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

CÓDIGO 29 LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 3 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.

 01012018**SEGURO DE DESEMPLEO**

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

 01032025

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

C 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

 LOS ANDES

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA



N° 3 121991915-4

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.-1-3063/8 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

REQUERIMIENTOS IMPONIBLES EXCEPTO LOS COACHES

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
29	05	2025	30	\$ 0	\$ 572.900		\$ 0	0
29	06	2025	30	\$ 0	\$ 588.860		\$ 0	0
29	07	2025	30	\$ 0	\$ 581.040		\$ 0	0

% 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

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)

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

Documento firmado electrónicamente

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 121991915-4

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

Fecha Otorgamiento : 05-08-2025 16:23 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Ferrada Zerene, Ivan Adolfo
Rut : 19972038-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 56-978755516

2. Datos Trabajador

Nombre : VEJAR CUADRA, ELIZABET NICOL
Rut : 19811474-K
Edad : 27
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-08-2025 Lugar : Domicilio
Nº Días : 3 Dirección : Marn negro 4853,, Hualpén
Fecha término : 08-08-2025 Teléfono : 09-67196752
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-08-2025 11:56 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 05-08-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-08-2025 11:56 hrs.

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: **121991915-4** y código de verificación: **I-cd7433**

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.