

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 123400217-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	R	A	N	E	D	A				V	A	L	D	E	B	E	N	I	T	K	A	T	H	E	R	I	N	E	M	A	1	7	8	9	9	2	8	9	-	9
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																
0	8	0	9	2	0	2	5	0	8	0	9	2	0	2	5	3	4	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
1	1	O	N	C	E																									Documento firmado electrónicamente										
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																		FIRMA TRABAJADOR																				

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	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">RECUPERABILIDAD LABORAL</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> 1 </td> <td style="width: 15%;">1 = SÍ 2 = NO</td> <td style="width: 33%;">INICIO TRAMITE INVALIDEZ</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> 2 </td> <td style="width: 15%;">1 = SÍ 2 = NO</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □ □ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">HORA MINUTOS</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">MINUTOS</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">HORAS</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TRAYECTO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> <td style="width: 10%;">1 = SÍ 2 = NO</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">FECHA DE LA CONCEPCIÓN</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">□ □ □ □</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SÍ 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SÍ 2 = NO	FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	□ □	DÍA	□ □	MES	□ □ □ □	AÑO	HORA MINUTOS	□ □	MINUTOS	□ □	HORAS	□ □	TRAYECTO	□	1 = SÍ 2 = NO	FECHA DE LA CONCEPCIÓN	□ □	DÍA	□ □	MES	□ □ □ □	AÑO
RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SÍ 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SÍ 2 = NO																									
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	□ □	DÍA	□ □	MES	□ □ □ □	AÑO																								
HORA MINUTOS	□ □	MINUTOS	□ □	HORAS	□ □	TRAYECTO	□	1 = SÍ 2 = NO																						
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	□ □	DÍA	□ □	MES	□ □ □ □	AÑO																								

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	O	B	O	S						N	U	Ñ	E	Z						A	N	G	E	L	A							1	3	5	0	8	5	7	5	-	8
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
24394-9																				MEDICINA GENERAL										1											
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN											
41-2226862/										Chacabuco 554, Concepción										Documento firmado electrónicamente																					
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																					

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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 123400217-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCUPACION

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN REVISIONAL				
2	1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.			
CÓDIGO	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> LETRA (CAJA PREV)	3	4	
3	4			
NOMBRE				
INT. PREV. MODELO S.A.				

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.

0	1	0	3	2	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 2 = SI
2 = NO

0	1	0	3	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 123400217-8

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E
34	06	2025	28	\$ 0	\$ 1.163.821	\$ 0	2
34	07	2025	30	\$ 0	\$ 1.246.950	\$ 0	0
34	08	2025	26	\$ 0	\$ 1.080.689	\$ 0	4

% 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 PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	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 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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
5	11	08	2025	15	08	2025

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 123400217-8

Sucursal : Bioreuma - Bioreuma
Fecha Otorgamiento : 08-09-2025 12:14 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Lobos Nuñez, Angela
Rut : 13508575-8
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Chacabuco 554, Concepción - Tel: 41-2226862

2. Datos Trabajador

Nombre : ARANEDA VALDEBENITO, KATHERINE MARGOT
Rut : 17899289-9
Edad : 34
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 08-09-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 11 Dirección : LA RIVERA 29 ORIENTE CALLE 2, Chiguayante
Fecha término : 18-09-2025 Teléfono : 09-73916861
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 09-09-2025 12:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 08-09-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 09-09-2025 12:11 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: **123400217-8** y código de verificación: **I-c4b2df**

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.