



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 126116670-0

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |   |                        |   |   |   |   |   |   |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |         |  |      |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|--|------|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V                  | E | R                      | G | A | R | A |   |   |                     | F | U | E | N | T | E | S |   |         |  | R    | A | Ú | L | E | N | R | I   | Q | U | E | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 9 | 4 | - | 2 |
| APELLIDO PATERNO   |   |                        |   |   |   |   |   |   | APELLIDO MATERNO    |   |   |   |   |   |   |   |   | NOMBRES |  |      |   |   |   |   |   |   | RUN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                  | 2 | 1                      | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 1 | 1                   | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 5 | 0 | M       |  |      |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FECHA OTORGAMIENTO |   |                        |   |   |   |   |   |   | FECHA INICIO REPOSO |   |   |   |   |   |   |   |   | EDAD    |  | SEXO |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                  | 5 | QUINCE                 |   |   |   |   |   |   |                     |   |   |   |   |   |   |   |   |         |  |      |   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |                          |          |                  |
| RECUPERABILIDAD LABORAL                    | 1 = SI<br>2 = NO                                                                                                                                                                                                                                                   | INICIO TRAMITE INVALIDEZ | 2        | 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|                                            | DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                | MES                      | AÑO      |                  |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|                                            | HORA                                                                                                                                                                                                                                                               | MINUTOS                  | TRAYECTO | 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN                     |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|                                            | MES                                                                                                                                                                                                                                                                | AÑO                      |          |                  |

## A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|                                                               |                                                        |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                             | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL                                      |                                                        |
|                                                               | A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE                   |
| LUGAR DE REPOSO                                               | 1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____                               |                                                        |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA Pje 9 Cs 372 Villa Valle Del |                                                        |
| Sol 372 Valle Del Sol, Chiguayante                            |                                                        |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-63137370                 |                                                        |

## A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |   |   |   |   |   |   |   |  |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |                                    |  |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G                        | O | N | Z | A | L | E | Z |  |                             | G | O | N | Z | A | L | E | Z |                                    |  | N | E | S | T | O | R | J | O                 | S | E | 2 | 6 | 9 | 5 | 0 | 7 | 7 | 6 | - | 4 |
| APELLIDO PATERNO         |   |   |   |   |   |   |   |  | APELLIDO MATERNO            |   |   |   |   |   |   |   |   | NOMBRES                            |  |   |   |   |   |   |   |   | RUN               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |   |   |   |   |   |   |   |  | CORREO ELECTRÓNICO          |   |   |   |   |   |   |   |   | MEDICINA GENERAL                   |  |   |   |   |   |   |   |   | ESPECIALIDAD      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 56-930056778/            |   |   |   |   |   |   |   |  | Arturo Prat 199, Concepción |   |   |   |   |   |   |   |   | Documento firmado electrónicamente |  |   |   |   |   |   |   |   | FIRMA PROFESIONAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TELÉFONO/FAX             |   |   |   |   |   |   |   |  | DIRECCIÓN                   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                    |  |   |   |   |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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**



N° 3 126116670-0

## 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).

**AUXILIAR DE SERVICIOS**

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

## REGIMEN PREVISIONAL

RECIBO DE ENTREGA DE

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

CÓDIGO

LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE

INT. PREV. CUPRUM

## 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.                               |

## SEGURO DE DESEMPLEO

|                                 |                            |                  |
|---------------------------------|----------------------------|------------------|
| Trabajador afiliado a AFC       | <input type="checkbox"/> 1 | 1 = SI<br>2 = NO |
| Contrato de duración indefinida | <input type="checkbox"/> 2 | 1 = SI<br>2 = NO |

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

| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 |                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C</b>                           | <p>A = SERVICIO DE SALUD</p> <p>B = ISAPRE</p> <p>C = C.C.A.E.</p> <p>D = EMPLEADOR</p> |

| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6 |                                                                 |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | E = SERVICIO DE SALUD<br>F = MUTUAL<br>G = INP<br>H = EMPLEADOR |

[illegible]

# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 126116670-0

### 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                            | N° DÍAS |
|                                | A                                           |      |         | B                                                                                                                        | C                                                                     | D                                | E       |
| 3                              | 08                                          | 2025 | 30      | \$ 0                                                                                                                     | \$ 586.244                                                            | \$ 0                             | 0       |
| 3                              | 09                                          | 2025 | 30      | \$ 0                                                                                                                     | \$ 586.244                                                            | \$ 0                             | 0       |
| 3                              | 10                                          | 2025 | 9       | \$ 0                                                                                                                     | \$ 175.873                                                            | \$ 0                             | 21      |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |

% DESAHUCIO

|   |   |
|---|---|
| 0 | 0 |
|---|---|

Remuneración imponible previsual 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<br>INSTITUCIÓN<br>PREVISIONAL | MES AL CUAL<br>CORRESPONDEN LAS<br>REMUNERACIONES |     |         | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A<br>UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) |                                                                          | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD<br>LABORAL |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
|                                      |                                                   |     |         | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA<br>TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y<br>PUBLICOS                                                       | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES<br>PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO                               | Nº DÍAS |
|                                      | MES                                               | AÑO | 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  |
| 7          | 04    | 11  | 2025 | 10    | 11  | 2025 |
| 11         | 18    | 10  | 2025 | 28    | 10  | 2025 |
| 11         | 07    | 10  | 2025 | 17    | 10  | 2025 |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 126116670-0

Sucursal : KINETIC SPA - KINETIC SPA  
Fecha Otorgamiento : 12-11-2025 15:14 hrs.  
Entidad que se pronuncia : FONASA  
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : GONZALEZ GONZALEZ, NESTOR JOSE  
Rut : 26950776-4  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Arturo Prat 199, Concepción - Tel: 56-930056778

## 2. Datos Trabajador

Nombre : VERGARA FUENTES, RAÚL ENRIQUE  
Rut : 14411394-2  
Edad : 50  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 11-11-2025 Lugar : Domicilio  
N° Días : 15 Dirección : Pje 9 Cs 372 Villa Valle Del Sol 372 Valle Del Sol, Chiguayante  
Fecha término : 25-11-2025 Teléfono : 09-63137370  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 13-11-2025 10:02 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 12-11-2025  
Fecha de envío a pronunciamiento : 13-11-2025 10:02 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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: **126116670-0** y código de verificación: **I-1c6c31**

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.