

**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante FONASA

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 071113092-6

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

I R R I B A R R A										R I V A S					K A R E N A N D R E A										1 5 8 1 9 9 1 9 - K									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO					NOMBRES										RUN									
3 1 0 5 2 0 2 2										3 1 0 5 2 0 2 2					3 7		F																	
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO					EDAD		SEXO																	
0 7		S I E T E																																
Nº DE DÍAS		Nº 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 = 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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
-------------------------	---	------------------	--------------------------	---	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO	

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRAYECTO <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS		

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	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

J	O	R	Q	U	E	R	A			A	R	A	N	C	I	B	I	A		G	O	N	Z	A	L	O		F	É	L	I		1	3	6	7	2	8	1	7	-	2
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN												
37597																				MEDICINA GENERAL										1												
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA												
41-2205807/										Freire 1445, 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**



Nº 3 071113092-6

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

## 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

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

CÓDIGO      3      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 ☐ 1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI  
2 = NO

0	1	0	8	2	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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**

<b>C</b>	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR
----------	--

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

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 071113092-6

**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 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
3	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.005.711	\$ 0	0
3	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.198.450	\$ 0	0
3	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.030.738	\$ 0	0

% 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	Nº 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)

2	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**

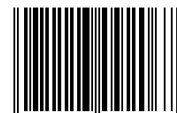
TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 071113092-6

**Sucursal :** MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

**Fecha Otorgamiento :** 31-05-2022 15:51 hrs.

**Entidad que se pronuncia :** FONASA

**Empleador :** FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** Jorquera Arancibia, Gonzalo Félix  
**Rut :** 13672817-2  
**Especialidad :** MEDICINA GENERAL  
**Dirección :** Freire 1445, Concepción - Tel: 41-2205807

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** IRRIBARRA RIVAS, KAREN ANDREA  
**Rut :** 15819919-K  
**Edad :** 37  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 31-05-2022  
**Nº Días :** 7  
**Fecha término Tipo :** 06-06-2022  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** acceso cosmito 60 torre M 351, Penco  
**Teléfono :** 09-42662643  
**Reposo Total**

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador para CCAF  
**Fecha Última Modificación :** 02-06-2022 11:51 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 65082446-6  
**Fecha de Recepción :** 31-05-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 02-06-2022 11:51 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: **71113092-6** y código de verificación: **6e730a**

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.