

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 101750609-5**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

| | | | | | |
|--------------------|-----------------|------------------------|---------|-----------------|------|
| A B U R T O | B U R G O S | P A U L I N A | V E R O | 1 6 7 6 4 9 7 9 | - 3 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | |
| 2 4 0 4 2 0 2 4 | 2 4 0 4 2 0 2 4 | 3 6 | F | RUN | |
| FECHA OTORGAMIENTO | | FECHA INICIO REPOSO | | EDAD | SEXO |
| 0 7 | S I E T E | 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)

| | | | | | |
|------------------|-------------|------------------|---------|-----------------|-----|
| C A R M O N A | A B U R T O | P A U L O | G A E L | 2 8 2 6 6 3 4 9 | - K |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | |
| 1 8 1 0 2 0 2 3 | | | | | RUN |
| FECHA NACIMIENTO | | | | | |

A.3 TIPO LICENCIA

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| 4 | 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 type="checkbox"/> 2 = NO | INICIO TRAMITE | <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"/> | DÍA | MES | AÑO | | | |
| 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"/> | MES | AÑO | | | | |

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL | |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL | | |
| <input type="checkbox"/> | A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE | |
| LUGAR DE REPOSO | <input type="checkbox"/> 1 | 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____ | | |
| DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA _____ LAGO LLANQUIHUE 351, dpto. 4011 VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano | | |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-95497334 | | |

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------------|--|
| A R A N D A | S E P Ú L V E D A | E L I S A | A N D R E A | 1 2 7 3 2 5 7 1 | - 5 |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | |
| 22780-3 | | | | RUN | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | | | GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA | |
| 41-2666603/ | | | | ESPECIALIDAD | <input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA |
| TELÉFONO/FAX | Jorge Alessandri 2047, Hualpén | | | Documento firmado electrónicamente | |
| DIRECCIÓN | | | 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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 101750609-5

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | | | | | | |
|--|-------|---------|-------------------|---------------------------|--|----------|
| FUND. | EDUC. | COLEGIO | LA | PROVIDENCIA | DE | CONCEPCI |
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR | | | | | | |
| 6 5 0 8 2 4 4 6 | | - 6 | 4 1 2 4 8 2 8 7 1 | | 2 4 0 4 2 0 2 4 | |
| RUN | | | TELEFONO | | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA) | |
| LAUTARO | 4 8 7 | | 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).

EDUCADORA DE PARVULO

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 3 4 LETRA (CAJA PREV)

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 9 2 0 1 4

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

 0 1 0 3 2 0 2 2

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

- 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida

- 1 = SI
 2 = NO

| | |
|---|---|
| ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN | |
| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 | SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 |
| <input checked="" type="checkbox"/> B A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR | <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR |
| CONSALUD | |
| NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO | |

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 101750609-5

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 ADÉMAS 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 PUBLICOS | | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | |
| | MES | AÑO | Nº DÍAS | Monto | Nº Días | | |
| | | | | | | | |
| 34 | 01 | 2024 | 0 | \$ 0 | | \$ 0 | 30 |
| 34 | 02 | 2024 | 0 | \$ 0 | | \$ 0 | 30 |
| 34 | 03 | 2024 | 0 | \$ 0 | | \$ 0 | 30 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| % DESAHUCIO | |
| 0 <input type="checkbox"/> | , <input type="checkbox"/> 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 PUBLICOS | | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | |
| | MES | AÑO | Nº DÍAS | Monto | Nº Días | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

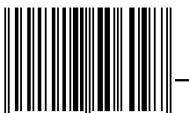
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o Isapre
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
receptionado el documento

| TOTAL DIAS | DESDE | | | HASTA | | |
|------------|-------|-----|------|-------|-----|------|
| | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 7 | 17 | 04 | 2024 | 23 | 04 | 2024 |
| 7 | 10 | 04 | 2024 | 16 | 04 | 2024 |
| 7 | 03 | 04 | 2024 | 09 | 04 | 2024 |
| 84 | 18 | 10 | 2023 | 09 | 01 | 2024 |
| 8 | 10 | 10 | 2023 | 17 | 10 | 2023 |
| | | | | | | |

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 101750609-5

Sucursal : Clinica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 24-04-2024 18:05 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : aranda sepúlveda, elisa andrea
Rut : 12732571-5
Especialidad : GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 41-2666603

2. Datos Trabajador

Nombre : ABURTO BURGOS, PAULINA VERONICA
Rut : 16764979-3
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 4. Enfermedad Grave del niño menor de 1 año

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 24-04-2024 Lugar : Domicilio
Nº Días : 7 Dirección : LAGO LLANQUIHUE 351, dpto. 401 1 VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano
Fecha término : 30-04-2024 Teléfono : 09-95497334
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 25-04-2024 13:09 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 24-04-2024
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-04-2024 13:09 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: 101750609-5 y código de verificación: I-7cb79b

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.