

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 103069627-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MANZOR	VALENZUELA	NADIA	ELIZAB	1 0 2 1 2 3 4 3	- 3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
3 0 0 5 2 0 2 4	0 3 0 6 2 0 2 4	5 9	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
2 1	V E I N T I U N O			Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			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 0 2 1 2 3 4 3	- 8
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						
RECUPERABILIDAD		1 = SI	INICIO TRAMITE	2 = SI	1 = SI		
LABORAL		2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO	2 = NO		
FECHA DEL ACCIDENTE		DÍA	MES	AÑO			
TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	1 = SI				
HORA MINUTOS		2 = NO					
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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		1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO						
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)									
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA		EDUARDO BARRIOS 8521, VILLA CONAVICOOP, San Pedro de la Paz							
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-78076195							

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

J U I C A	A V E L L O	S E R G I O	A N T O N	1 5 8 5 2 9 4 6	- 7
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
28560-9				RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		NEUROLOGÍA	
09-84916724/		Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		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 ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 103069627-8

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		3 0 0 5 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

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL		CALIDAD DEL TRABAJADOR		SEGURO DE DESEMPLEO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	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.		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
CÓDIGO <input type="text" value="5"/>	LETRA (CAJA PREV)	<input type="text" value="2 3 0 4 1 9 9 0"/>	<input type="text" value="0 1 0 3 2 0 0 1"/>	Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
NOMBRE INT. PREV. HABITAT	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		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
B	A N M E D I C A		
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO			

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 103069627-8

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 ADÉMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACIÓN 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 PÚBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS	
	A			B		C	D	E
5	02	2024	30	\$ 0		\$ 1.628.166	\$ 0	0
5	03	2024	30	\$ 0		\$ 1.625.934	\$ 0	0
5	04	2024	30	\$ 0		\$ 1.625.934	\$ 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 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

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
12	22	05	2024	02	06	2024

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 103069627-8

Sucursal : Clínica Bio Bio - Clínica Bio Bio

Fecha Otorgamiento : 30-05-2024 16:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : BANMEDICA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional	: JUICA AVELLO, SERGIO ANTONIO
Rut	: 15852946-7
Especialidad	: NEUROLOGÍA
Dirección	: Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano - Tel: 09-84916724

2. Datos Trabajador

Nombre	: MANZOR VALENZUELA, NADIA ELIZABETH
Rut	: 10212343-3
Edad	: 59
Sexo	: Femenino
Tipo Licencia	: 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 03-06-2024	Lugar	: Domicilio
Nº Días	: 21	Dirección	: EDUARDO BARRIOS 8521, VILLA CONAVICOOP, San Pedro de la Paz
Fecha término	: 23-06-2024	Teléfono	: 09-78076195
Tipo	: Reposo Total		

4. Estado de la licencia

Estado	: Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación	: 31-05-2024 15:48 hrs.
Motivo Anulación	:
Motivo Rechazo	:
Motivo Devolución	:

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador	: 65082446-6
Fecha de Recepción	: 30-05-2024
Fecha de envío a pronunciamiento	: 31-05-2024 15:48 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: **103069627-8** y código de verificación: **I-0c1ce2**

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.