

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 103166851-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S	T	R	E	B				B	E	C	E	R	R	A			J	O	C	E	L	Y	N	P	A	Z	1	6	7	6	8	1	3	3	-	6
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO								NOMBRES								RUN												
0	3	0	6	2	0	2	4	0	4	0	6	2	0	2	4	3	6	F																		
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																		
1	1	O	N	C	E																															
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS														Documento firmado electrónicamente																				
																		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 = 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	<div>1</div>	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<div>2</div>	1 = SI 2 = NO
----------------------------	--------------	------------------	-----------------------------	--------------	------------------

FECHA DEL ASESORAMIENTO TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
	DÍA	MES	AÑO

<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	TRAYECTO	<div></div>	1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
	MES	AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA COLLAO 750 DPTO701,

Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-66522781

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G I R O N	S A A V E D R A	F A B I O L A A N D R	1 4 6 6 5 0 4 2	-	2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
Número colegio médico		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		1	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
-2403100/		Avenida Pedro de Valdivia 801, 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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 103166851-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR																													
										-																			
RUN										TELÉFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																													
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

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 PREVISIONAL

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

CÓDIGO LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE _____
 INT. 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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
2 = NO

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

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 1-2-3-4 ó 7	
<input type="checkbox"/>	<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 ó 6

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Nº 3 103166851-0

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

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)

[illegible]

% DESAHUCIO

,

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

[illegible]

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 recepcionado el documento

[illegible]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 103166851-0

Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMAN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A

Fecha Otorgamiento : 03-06-2024 13:30 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : GIRON SAAVEDRA, FABIOLA ANDREA
Rut : 14665042-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción - Tel: -2403100

2. Datos Trabajador

Nombre : STREB BECERRA, JOCELYN PAZ
Rut : 16768133-6
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-06-2024 Lugar : Domicilio
N° Días : 11 Dirección : COLLAO 750 DPTO701, Concepción
Fecha término : 14-06-2024 Teléfono : 09-66522781
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 03-06-2024 13:30 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 03-06-2024
Fecha de envío a pronunciamiento :

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: **103166851-0** y código de verificación: **I-618674**

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.