

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 103380491-8

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	
0 6 0 6 2 0 2 4	0 7 0 6 2 0 2 4	3 6	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
3 0	T R E I N T A	Nº DE DIAS EN PALABRAS		Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS					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		RUN	
1 8 1 0 2 0 2 3					
FECHA NACIMIENTO					

A.3 TIPO LICENCIA

4	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERINAL 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	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI				
	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO				
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	DÍA	MES	AÑO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI				
HORA MINUTOS			2 = NO				
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	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						
		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 D. 401 1								
VALLE SAN EUGENIO, Talcáhuano								
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		RUN	
22780-3					
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA		ESPECIALIDAD	
41-2666603/	Jorge Alessandri 2047, Hualpén				
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 103380491-8

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		0 6 0 6 2 0 2 4	
RUN			TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)		
L A U T A R O	4 8 7	0	, C O N C E P C I Ó N			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR						
C O N C E P C I Ó N						
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).

EDUCADORA DE PARVULO**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.	<input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	0 1 0 9 2 0 1 4	0 1 0 3 2 0 2 2
FECHA PRIMERA AFILIACION/ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)		

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 = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> A = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
C O N S A L U D	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 103380491-8

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 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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>,</td><td>0</td></tr></table>	0	,	0
0	,	0									
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				
34	03	2024	0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	30			
34	04	2024	0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	30			
34	05	2024	0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	30			

% 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		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.
				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

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	08	05	2024	06	06	2024
7	01	05	2024	07	05	2024
7	24	04	2024	30	04	2024
7	17	04	2024	23	04	2024
7	10	04	2024	16	04	2024
7	03	04	2024	09	04	2024

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Clínica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 06-06-2024 18:03 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 : 07-06-2024 Lugar : Domicilio
Nº Días : 30 Dirección : LAGO LLANQUIHUE 351 D. 401 1 VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano
Fecha término : 06-07-2024 Teléfono : 09-95497334
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 07-06-2024 16:57 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 06-06-2024
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-06-2024 16:57 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: 103380491-8 y código de verificación: I-8aa768

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.