

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 108680484-7

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	
1 4 1 0 2 0 2 4	████████	1 3 1 0 2 0 2 4	████████	3 6	████	F	████	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO				
4 2	████	C U A R E N T A	████	Y	████	D O S	████		
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS 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

3	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 INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	████	████	████	DÍA MES AÑO
████	████	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	HORA MINUTOS
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	0 3	2 0 2 4	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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA	
COLLAO 750 701, 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	
Número colegio médico					OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA				
REG. COLEGIO PROFESIONAL					ESPECIALIDAD				
-2403100/ TELÉFONO/FAX					DIRECCIÓN				
Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción					<i>Documento firmado electrónicamente</i>				
					FIRMA PROFESIONAL				

1 = MÉDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

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 108680484-7**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		1 4 1 0 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 type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	Trabajador afiliado a AFC 1 = SI 2 = NO	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2
CÓDIGO <input type="text" value="5"/>	LETRA (CAJA PREV)	<input type="text" value="0 1 0 1 2 0 1 4"/>	<input type="text" value="0 1 0 3 2 0 1 5"/>	Contrato de duración indefinida 1 = SI 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
<input type="text" value="CONSALUD"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO			

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 108680484-7

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	
	A			B		C		
5	07	2024	7	\$ 0		\$ 424.508	\$ 0	23
5	08	2024	0	\$ 0		\$ 37.754	\$ 0	30
5	09	2024	0	\$ 0		\$ 149.721	\$ 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		
				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	
	A			B		C		
5	12	2023	30	\$ 0		\$ 1.817.471	\$ 0	0
5	01	2024	30	\$ 0		\$ 1.489.789	\$ 0	0
5	02	2024	30	\$ 0		\$ 1.491.414	\$ 0	0

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
4	09	10	2024	12	10	2024
12	27	09	2024	08	10	2024
28	02	09	2024	29	09	2024
28	05	08	2024	01	09	2024
28	08	07	2024	04	08	2024
11	04	06	2024	14	06	2024

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMÁN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A.
Nº 3 108680484-7

Fecha Otorgamiento : 14-10-2024 12:02 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 : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 13-10-2024 Lugar : Domicilio
Nº Días : 42 Dirección : COLLAO 750 701, Concepción
Fecha término : 23-11-2024 Teléfono : 09-66522781
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 14-10-2024 15:25 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 14-10-2024
Fecha de envío a pronunciamiento : 14-10-2024 15:25 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: **108680484-7** y código de verificación: **I-ba40ff**

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.