



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 115973075-8

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                    |   |                        |   |   |   |   |   |                     |   |                  |   |   |   |   |   |      |   |      |  |         |   |   |   |   |   |   |  |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|---------------------|---|------------------|---|---|---|---|---|------|---|------|--|---------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J                  | A | R                      | P | A |   |   |   |                     |   | C                | A | M | P | O | S |      |   |      |  | N       | A | T | A | C | H | A |  | A | N | D   | R | 1 | 7 | 3 | 4 | 5 | 2 | 3 | 6 | - | 5 |
| APELLIDO PATERNO   |   |                        |   |   |   |   |   |                     |   | APELLIDO MATERNO |   |   |   |   |   |      |   |      |  | NOMBRES |   |   |   |   |   |   |  |   |   | RUN |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2                  | 6 | 0                      | 3 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2                   | 8 | 0                | 3 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3    | 5 | F    |  |         |   |   |   |   |   |   |  |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FECHA OTORGAMIENTO |   |                        |   |   |   |   |   | FECHA INICIO REPOSO |   |                  |   |   |   |   |   | EDAD |   | SEXO |  |         |   |   |   |   |   |   |  |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                  | 5 | QUINCE                 |   |   |   |   |   |                     |   |                  |   |   |   |   |   |      |   |      |  |         |   |   |   |   |   |   |  |   |   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N° DE DÍAS         |   | N° DE DÍAS 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

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|------------------|
| 7                                          | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN<br>2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO |                          |          |                  |
| RECUPERABILIDAD LABORAL                    | 1 = SI<br>2 = NO                                                                                                                                                                                                                                                   | INICIO TRAMITE INVALIDEZ | 2        | 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|                                            | DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                | MES                      | AÑO      |                  |
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |          |                  |
|                                            | HORA                                                                                                                                                                                                                                                               | MINUTOS                  | TRAYECTO | 1 = SI<br>2 = NO |
| FECHA DE LA CONCEPCIÓN                     | 0                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1                        | 2        | 0                |
|                                            | MES                                                                                                                                                                                                                                                                | AÑO                      | 2        | 5                |

## A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

|                                                      |                                                        |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                    | 1 = REPOSO LABORAL TOTAL<br>2 = REPOSO LABORAL PARCIAL |
| SÓLO PARA REPOSO PARCIAL                             |                                                        |
|                                                      | A = MAÑANA<br>B = TARDE<br>C = NOCHE                   |
| LUGAR DE REPOSO                                      | 1 = SU DOMICILIO<br>2 = HOSPITAL<br>3 = OTRO DOMICILIO |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)                            |                                                        |
| DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA nicolas 1750, A404, |                                                        |
| Concepción                                           |                                                        |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-93063237        |                                                        |

## A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                    |   |   |   |   |  |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C                        | A | R | R | A | S | C | O |  |  | V                                         | A | L | D | E | B | E | N | I | T | R                                  | O | C | I | O |  | L | O | R | E | T                 | O | 1 | 8 | 1 | 4 | 4 | 8 | 7 | 2 | - | 5 |
| APELLIDO PATERNO         |   |   |   |   |   |   |   |  |  | APELLIDO MATERNO                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   | NOMBRES                            |   |   |   |   |  |   |   |   |   | RUN               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |   |   |   |   |   |   |   |  |  | CORREO ELECTRÓNICO                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ESPECIALIDAD                       |   |   |   |   |  |   |   |   |   | 3                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9-76685976/              |   |   |   |   |   |   |   |  |  | Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Documento firmado electrónicamente |   |   |   |   |  |   |   |   |   | FIRMA PROFESIONAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TELÉFONO/FAX             |   |   |   |   |   |   |   |  |  | DIRECCIÓN                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                    |   |   |   |   |  |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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 115973075-8

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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).

---

**TERAPEUTA OCUPACIONAL PIE**

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

## REGIMEN PREVISIONAL

|                      |                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| REGIMEN REVISIONAL   |                                                                                    |
| 2                    | 1= D.L. 3501 INP.<br>2= D.L. 3500 A.F.P.                                           |
| CÓDIGO               | 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LETRA (CAJA PREV) |
| NOMBRE               |                                                                                    |
| INT. PREV.    CUPRUM |                                                                                    |

## 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 | 1 = SI<br>2 = NO |
| Contrato de duración indefinida | 1 | 1 = SI<br>2 = NO |

## ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

[illegible]

**Licencia Médica**  
**Otorgada para cotizante ISAPRE**  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



Nº 3 115973075-8

**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 PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) |                                                                       | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL |         |
|--------------------------------|---------------------------------------------|------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |
|                                | MES                                         | AÑO  | N° DÍAS | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS                                                          | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO                            | N° DÍAS |
|                                | A                                           |      |         | B                                                                                                                        | C                                                                     | D                                | E       |
| 3                              | 12                                          | 2024 | 30      | \$ 0                                                                                                                     | \$ 1.377.083                                                          | \$ 0                             | 0       |
| 3                              | 01                                          | 2025 | 30      | \$ 0                                                                                                                     | \$ 1.266.903                                                          | \$ 0                             | 0       |
| 3                              | 02                                          | 2025 | 27      | \$ 0                                                                                                                     | \$ 1.140.213                                                          | \$ 0                             | 3       |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |
|                                |                                             |      |         |                                                                                                                          |                                                                       |                                  |         |

% 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<br>INSTITUCIÓN<br>PREVISIONAL | MES AL CUAL<br>CORRESPONDEN LAS<br>REMUNERACIONES |     |         | REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A<br>UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) |                                                                          | SUBSIDIO POR INCAPACIDAD<br>LABORAL |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
|                                      |                                                   |     |         | IMPONIBLE DESAHUCIO PARA<br>TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y<br>PUBLICOS                                                       | TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES<br>PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF) | MONTO                               | Nº DÍAS |
|                                      | MES                                               | AÑO | 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 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         | 26    | 02  | 2025 | 27    | 03  | 2025 |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |
|            |       |     |      |       |     |      |

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 115973075-8

**Sucursal :** CLINICA DE LA MUJER SANATORIO ALEMAN S.A. - Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A.  
**Fecha Otorgamiento :** 26-03-2025 07:16 hrs.  
**Entidad que se pronuncia :** COLMENA  
**Empleador :** FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** Carrasco Valdebenito, Rocio Loreto  
**Rut :** 18144872-5  
**Especialidad :**  
**Dirección :** Avenida Pedro de Valdivia 801, Concepción - Tel: 9-76685976

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** JARPA CAMPOS, NATACHA ANDREA  
**Rut :** 17345236-5  
**Edad :** 35  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 7. Patología del Embarazo

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 28-03-2025  
**N° Días :** 15  
**Fecha término Tipo :** 11-04-2025  
**Reposo Total**  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** nicolas 1750, A404, Concepción  
**Teléfono :** 09-93063237

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador  
**Fecha Última Modificación :** 26-03-2025 12:35 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 65082446-6  
**Fecha de Recepción :** 26-03-2025  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 26-03-2025 12:35 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **115973075-8** y código de verificación: **I-55acb3**

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 cometiére 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.