

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 119463962-3**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

B E N A V E N T E	C A R T A G E N A	D O M I N I Q U E	A N	1 8 4 1 2 6 5 7	- 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
0 5 0 6 2 0 2 5	0 4 0 6 2 0 2 5	3 1	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO
1 6	D I E C I S E I S	Nº DE DIAS EN PALABRAS			
Nº DE DIAS					

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	1
RUN			
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO	FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DÍA MES AÑO	TRAYECTO HORA MINUTOS	FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO
---	--	---	--	--------------------------	--

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA LA MARINA #1245 ESMERALDA, Talcahuano		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-98880356		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

E S C A L O N A	M U Ñ O Z	J U A N	1 1 4 9 2 8 0 6	- 2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
REG. COLEGIO PROFESIONAL 81298773/	CORREO ELECTRÓNICO Jorge Alessandri 2047, Hualpén		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
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 119463962-3



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

F	U	N	D	.E	D	U	C	O	L	E	G	I	O	L	A	P	R	O	V	I	D	E	N	C	E	P	C	I													
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																									
6	5	0	8	2	4	4	6		6	4	1	2	4	8	2	8	7	1		0	5	0	6	2	0	2	5														
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)																															
L	A	U	T	A	R	O	4	8	7		0	,	C	O	N	C	E	P	C	I	O	N																			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																									
C															C	O	N	C	E	P	C	I	O	N																	
C															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

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

CÓDIGO LETRA (CAJA 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.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC

- 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida

- 1 = SI
2 = NO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

- B = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 119463962-3

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	
				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
5	03	2025	30	\$ 0		\$ 1.564.545	\$ 0
5	04	2025	30	\$ 0		\$ 1.564.545	\$ 0
5	05	2025	30	\$ 0		\$ 1.564.545	\$ 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

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

Documento firmado electrónicamente

--

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CLINICA ANDES SALUD CONCEPCION S.A - CI Universitaria de Concepción
N° 3 119463962-3

Fecha Otorgamiento : 05-06-2025 12:42 hrs.
Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Escalona Muñoz, Juan
Rut : 11492806-2
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 81298773

2. Datos Trabajador

Nombre : BENAVENTE CARTAGENA, DOMINIQUE ANDREA
Rut : 18412657-5
Edad : 31
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-06-2025 Lugar : Domicilio
Nº Días : 16 Dirección : LA MARINA #1245 ESMERALDA, Talcahuano
Fecha término : 19-06-2025 Teléfono : 09-98880356
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 05-06-2025 17:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 05-06-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 05-06-2025 17:11 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: 119463962-3 y código de verificación: I-d30394

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.