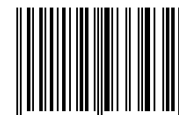




# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 119593343-6

#### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

##### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P E N A	V E N E G A S	F R A N C I S C A V I	1 7 8 9 7 4 2 9 - 7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 9 0 6 2 0 2 5	0 8 0 6 2 0 2 5	3 4	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
4 2	C U A R E N T A Y D O S		
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

<p>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</p> <p><b>3</b></p>	<p>RECUPERABILIDAD <b>1</b> 1 = SI 2 = NO      INICIO TRAMITE <b>2</b> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO      <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">DÍA      MES      AÑO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>      TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p style="text-align: center;">HORA      MINUTOS</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN      <b>1 0 2 0 2 4</b></p> <p style="text-align: center;">MES      AÑO</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><b>1</b> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL          2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA          B = TARDE          C = NOCHE</p>	<p>LUGAR DE REPOSO <b>1</b> 1 = SU DOMICILIO          2 = HOSPITAL          3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA      COLON 3552,</p> <p>Talcahuano</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)      09-50976930</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M A N D I O L A	S A N T I A G O	J A I M E R O B E R T	8 8 8 0 2 5 5 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
19241-1		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	<b>1</b> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
09-62288245/	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 119593343-6

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

[illegible]

## 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).

**EDUCADORA DIFERENCIAL PIE**

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

## REGIMEN PREVISIONAL

RECIBO DE PRESTACIÓN

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

CÓDIGO    LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 INT. PREV. PLANVITAL \_\_\_\_\_

## 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.

0	1	0	6	2	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

## SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI  
2 = NO

0	1	0	3	2	0	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---

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	
<b>B</b>	<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 6 6	
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

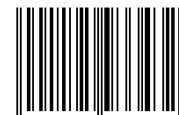
[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 119593343-6

### 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E
29	03	2025	30	\$ 0	\$ 1.695.879	\$ 0	0
29	04	2025	30	\$ 0	\$ 1.695.879	\$ 0	0
29	05	2025	30	\$ 0	\$ 1.695.879	\$ 0	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 PERIODO 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	N° DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E
29	08	2024	30	\$ 0	\$ 1.253.194	\$ 0	0
29	09	2024	30	\$ 0	\$ 1.336.984	\$ 0	0
29	10	2024	20	\$ 0	\$ 810.293	\$ 0	10

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)

2 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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 119593343-6

Sucursal : CLINICA ANDES SALUD CONCEPCION S.A - Cl Universitaria de Concepción  
Fecha Otorgamiento : 09-06-2025 12:17 hrs.  
Entidad que se pronuncia : COLMENA  
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : mandiola santiago, jaime roberto  
Rut : 8880255-1  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 09-62288245

## 2. Datos Trabajador

Nombre : PENA VENEGAS, FRANCISCA VICTORIA  
Rut : 17897429-7  
Edad : 34  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 08-06-2025      Lugar : Domicilio  
N° Días : 42      Dirección : COLON 3552, Talcahuano  
Fecha término : 19-07-2025      Teléfono : 09-50976930  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 10-06-2025 10:07 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 09-06-2025  
Fecha de envío a pronunciamiento : 10-06-2025 10:07 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: **119593343-6** y código de verificación: **I-c93cd9**

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.