

# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE  
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

  
Nº 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	
0 9 0 6 2 0 2 5	0 8 0 6 2 0 2 5	3 4	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 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	RUN
FECHA NACIMIENTO			

**A.3 TIPO LICENCIA**

<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> DÍA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO
<input type="checkbox"/> HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> 1 0	<input type="checkbox"/> 2 0 2 4	MES AÑO

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 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	COLON 3552,	
Talcahuano		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-50976930	

**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	
19241-1				RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL				OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
09-62288245/				ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	Jorge Alessandri 2047, Hualpén			Documento firmado electrónicamente	
	DIRECCIÓN			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**

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 9 0 6 2 0 2 5	
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

 9**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 DIFERENCIAL PIE****C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO****REGIMEN PREVISIONAL**

- 2 = 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.

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



N° 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. 1- 30638/20 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INICIACIÓN)

% DESAHUCIO

- ▶ 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

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

*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 - CI 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  
Nº 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 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.