



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 121280117-4

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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

|  |  |                          |                  |                  |
|--|--|--------------------------|------------------|------------------|
| 1  | 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                     |  | MES                      | AÑO              |                  |

#### 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  | FRANCISCO RODRIGUEZ 122, San Pedro de la Paz           |
| TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) | 09-87299122  |

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

|                          |   |   |   |   |   |   |  |  |  |                                    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |                   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|------------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S                        | A | L | I | N | A | S |  |  |  | R                                  | I | O | S |  |  |  |  |  |  | R                 | O | D | R | I | G | O |  | A | L | E   | J | 8 | 4 | 5 | 7 | 3 | 0 | 0 | - | 0 |
| APELLIDO PATERNO         |   |   |   |   |   |   |  |  |  | APELLIDO MATERNO                   |   |   |   |  |  |  |  |  |  | NOMBRES           |   |   |   |   |   |   |  |   |   | RUN                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 16584-0                  |   |   |   |   |   |   |  |  |  | CORREO ELECTRÓNICO                 |   |   |   |  |  |  |  |  |  | NEUROLOGÍA        |   |   |   |   |   |   |  |   |   | 1 = MÉDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL |   |   |   |   |   |   |  |  |  |                                    |   |   |   |  |  |  |  |  |  | ESPECIALIDAD      |   |   |   |   |   |   |  |   |   | Documento firmado electrónicamente        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8-4497164/               |   |   |   |   |   |   |  |  |  | Avenida Salvador 364 , Providencia |   |   |   |  |  |  |  |  |  | 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**



N° 3 121280117-4

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZON SOCIAL EMPLEADOR                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | -                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RUN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TELEFONO                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNA   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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).

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

## REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN REVISIONAL

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

CÓDIGO     LETRA (CAJA PREV)

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

## CALIDAD DEL TRABAJADOR

**CATEGORIA 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)** FF

## SEGURO DE DESEMPLEO

**Trabajador afiliado a AFC**      ☐ 1 = SI  
  ☐ 2 = NO

**Contrato de duración indefinida**      ☐ 1 = SI  
  ☐ 2 = NO

☐☐☐☐☐☐☐

**IA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)**

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

| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>           | A = SERVICIO DE SALUD<br>B = ISAPRE<br>C = C.C.A.E.<br>D = EMPLEADOR |

| SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6 |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>     | E = SERVICIO DE SALUD<br>F = MUTUAL<br>G = INP<br>H = EMPLEADOR |

[illegible]

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



N° 3 121280117-4

**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<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 |         |
|--------------------------------------|---|-----|---------|---|--|-------------------------------------|---------|
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      | MES   | AÑO | N° DÍAS | 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 |
|                                      | A   |     |         | B   | C  | D                                   | E       |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |
|                                      |   |     |         |   |  |                                     |         |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| % DESAHUCIO          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 = 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 |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |

|   |
|---|
| <div></div>   |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE |

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 121280117-4

Sucursal : Hospital El Salvador - Hospital El Salvador  
Fecha Otorgamiento : 21-07-2025 10:38 hrs.  
Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)  
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Salinas Rios, Rodrigo Alejandro  
Rut : 8457300-0  
Especialidad : NEUROLOGÍA  
Dirección : Avenida Salvador 364 , Providencia - Tel: 8-4497164

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ARROYO SALINA, CRISTINA ANGELICA  
Rut : 9198448-2  
Edad : 61  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-07-2025 Lugar : Domicilio  
N° Días : 12 Dirección : FRANCISCO RODRIGUEZ 122, San Pedro de la Paz  
Fecha término : 01-08-2025 Teléfono : 09-87299122  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional  
Fecha Última Modificación : 21-07-2025 10:38 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 21-07-2025  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 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: **121280117-4** y código de verificación: **I-c9ba88**

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 comete 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.