

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

Nº 3 068334303-K

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

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

B R A V O	B E L T R A N	K A R I N A I N E S	1 6 9 0 5 0 1 3	- 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
2 9 0 3 2 0 2 2	2 9 0 3 2 0 2 2	3 4	F	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 4	C U A T R O			
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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**

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	
<input type="checkbox"/> 2	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	
<input type="checkbox"/> 3	3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL	
<input type="checkbox"/> 4	4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	
<input type="checkbox"/> 5	5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
<input type="checkbox"/> 6	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	
<input type="checkbox"/> 7	7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD		
<input type="checkbox"/> 1	1 = SI	
<input type="checkbox"/> 2	2 = NO	
INICIO TRAMITE		
<input type="checkbox"/> 2	1 = SI	
<input type="checkbox"/> 2	2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE		
TRABAJO O DEL TRAYECTO		
DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS		
TRAYECTO		
<input type="checkbox"/> 1	1 = SI	
<input type="checkbox"/> 2	2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		
MES	AÑO	

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/> 2	2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA	
REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
<input type="checkbox"/>	B = TARDE
<input type="checkbox"/>	C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO
<input type="checkbox"/> 2	2 = HOSPITAL
<input type="checkbox"/> 3	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA	
San pedro Nolasco #135 Casa	
2, Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-78720169	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

E S P I N O Z A	C A R T E S	E D U A R D O A L F O	1 5 1 8 3 2 6 8	- 7
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL
41-2205807/		JORGE ALESSANDRI 3177, Talcahuano		ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
				<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
				<input type="checkbox"/> 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 068334303-K

**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

RUN

TELEFONO

2 9 0 3 2 0 2 2

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)

LAUTARO 4 8 7 , 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).

PSICOLOGA SEP

**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  3  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
INT. PREV. MODELO S.A.

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 3 2 0 1 2

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA)

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 (DDMMAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

C R U Z  B L A N C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE

A standard 1D barcode is positioned at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

## **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 DIAS				MONTO
	A			B		C	D
34	12	2021	30	\$ 0		\$ 955,694	\$ 0
34	01	2022	30	\$ 0		\$ 852,375	\$ 0
34	02	2022	30	\$ 0		\$ 852,375	\$ 0

% DESAHUCIO

Remuneración imponible  
previsional mes anterior inicio  
licencia médica (tope 109.8  
UF) para trabajador afiliado a  
AFC

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.

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

**(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)**

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

1 = SI  
2 = NO

*Documento firmado electrónicamente*

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : INTEGRAMEDICA S.A. - INTEGRAMEDICA EL TREBOL

Fecha Otorgamiento : 29-03-2022 10:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : ESPINOZA CARTES, EDUARDO ALFONSO  
Rut : 15183268-7  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : JORGE ALESSANDRI 3177, Talcahuano - Tel: 41-2205807

## 2. Datos Trabajador

Nombre : BRAVO BELTRAN, KARINA INES  
Rut : 16905013-9  
Edad : 34  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 29-03-2022 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 4 Dirección : San pedro Nolasco #135 Casa 2, Concepción  
Fecha término : 01-04-2022 Teléfono : 09-78720169  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 31-03-2022 09:36 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 29-03-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 31-03-2022 09:36 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: **68334303-K** y código de verificación: **05d6eb**

El que incurra en las falsoedades 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.