

**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							RUN												
2	9	0	3	2	0	2	2	2	9	0	3	2	0	2	2	3	4	F													
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO													
0	4	C	U	A	T	R	O																								
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																													

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN		2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA		
	2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA		3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL		
	3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL		4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO		
	4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO		5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		
	5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL		
	6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL		7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
	7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO				

RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
-------------------------	---	------------------	--------------------------	---	------------------

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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO			

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRAYECTO	<input type="text"/>	1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	MES	AÑO			

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL ☐ 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;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																				RUN																			
REG. COLEGIO PROFESIONAL																				CORREO ELECTRÓNICO																				MEDICINA GENERAL																				1		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN																	
41-2205807/																				JORGE ALESSANDRI 3177, Talcahuano																				Documento firmado electrónicamente																																							
TELÉFONO/FAX																				DIRECCIÓN																				FIRMA PROFESIONAL																																							

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

**TRABAJADOR SECTOR PUBLICO:** 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.

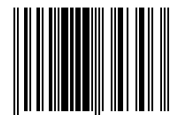
**TRABAJADOR DEPENDIENTE:** Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº3 068334303-K

### 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)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
34	12	2021	30	\$ 0	\$ 955.694	\$ 0	0
34	01	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 0	0
34	02	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° 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 1 = SI  
2 = NO

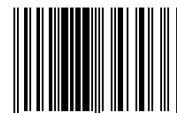
TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
4	04	10	2021	07	10	2021

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 068334303-K

**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  
**N° Días :** 4  
**Fecha término Tipo :** 01-04-2022  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** San pedro Nolasco #135 Casa 2, Concepción  
**Teléfono :** 09-78720169  
**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 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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.