



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 068729865-9

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

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

GARRIDO	SOLIS	SONIA STEPHA	16863666	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
06042022	06042022	33	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
03	TRES			
N° DE DIAS	N° 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**

1	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DIA MES AÑO	TRAYECTO	[ ] 1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] MES AÑO		

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA _____ CALLE RÍO TOLTEN 0 CASA			
5798, Talcahuano			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-75262135			

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

REY	HINCAPIE	JESSICA KARO	25804886	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
43797-2		MEDICINA GENERAL		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
41-2952021/	Freire 1445, Concepción		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	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



N° 3 068729865-9

**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 6 0 4 2 0 2 2											
RUN								TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)											
LAUTARO 4 8 7, CONCEPCIÓN																									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																									
CONCEPCIÓN																									
COMUNA								CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																	

**ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR**

9	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**

1 9	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). <b>EDUCADORA DIFERENCIAL</b>
-----	--

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

**REGIMEN PREVISIONAL**

2	1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO	3 4 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV.	MODELO S.A.

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

3	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.
---	---

**SEGURO DE DESEMPLEO**

Trabajador afiliado a AFC	1	1 = SI 2 = NO
Contrato de duración indefinida	1	1 = SI 2 = NO

0 1 0 7 2 0 1 1

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

1 8 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	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR

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

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 068729865-9

**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	
	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
34	01	2022	21	\$ 0	\$ 725.059	\$ 0	9
34	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.040.316	\$ 0	0
34	03	2022	10	\$ 0	\$ 565.723	\$ 0	20

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual 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

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
---	------------------

**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
21	01	03	2022	21	03	2022

<p>Documento firmado electrónicamente</p>
<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 068729865-9

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

Fecha Otorgamiento : 06-04-2022 09:35 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : REY HINCAPIE, JESSICA KAROLINA  
Rut : 25804886-5  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Freire 1445, Concepción - Tel: 41-2952021

## 2. Datos Trabajador

Nombre : GARRIDO SOLIS, SONIA STEPHANIE  
Rut : 16863666-0  
Edad : 33  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-04-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 3 Dirección : CALLE RÍO TOLTEN 0 CASA 5798, Talcahuano  
Fecha término : 08-04-2022 Teléfono : 09-75262135  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 07-04-2022 11:42 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 06-04-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-04-2022 11:42 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: **68729865-9** y código de verificación: **25af3e**

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.