

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 071117958-5

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											
3	1	0	5	2	0	2	2			3	1	0	5	2	0	2	2			3	4									F											
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO											
1	1									O	N	C	E																	Documento firmado electrónicamente											
Nº DE DÍAS										Nº DE DÍAS EN PALABRAS										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

<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center;">1</div>	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	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px; text-align: center; margin-right: 5px;">1</div> <div> 1 = SI 2 = NO </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px; text-align: center; margin-right: 5px;">2</div> <div> 1 = SI 2 = NO </div> </div>
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> DÍA MES AÑO </div>	
<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-weight: bold;"> HORA MINUTOS </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> TRAYECTO <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div> 1 = SI 2 = NO </div> </div>	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 2px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> MES AÑO </div>	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA
REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 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

U	N	D	U	R	R	A	G	A	P	E	R	L						G	A	B	R	I	E	L	F	E	L	I	1	6	2	1	2	7	8	6	-	1
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO							NOMBRES							RUN															
30426-3																OTORRINOLARINGOLOGÍA							1															
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO							ESPECIALIDAD							1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA															
09-78738292/									Avda. Chacabuco N 827, Concepción							Documento firmado electrónicamente																						
TELÉFONO/FAX									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 071117958-5

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN																									
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																									
65082446										-6		4124828711						31052022							
RUN										TELÉFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)									
LAUTARO 487, 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

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

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

CÓDIGO 3 LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE
INT. PREV. CUPRUM

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

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 PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 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

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 071117958-5

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	
	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
34	02	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 0	0
34	03	2022	30	\$ 0	\$ 872.410	\$ 0	0
34	04	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible provisional 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
---	------------------

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
15	16	05	2022	30	05	2022
4	29	03	2022	01	04	2022

Documento firmado electrónicamente
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Comercializadora de Productos Médicos - Comercializadora de Productos Médicos Limitada
Fecha Otorgamiento : 31-05-2022 16:31 hrs.
Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA
Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : UNDURRAGA PERL, GABRIEL FELIPE
Rut : 16212786-1
Especialidad : OTORRINOLARINGOLOGÍA
Dirección : Avda. Chacabuco N 827, Concepción - Tel: 09-78738292

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 : 31-05-2022 **Lugar :** Domicilio
N° Días : 11 **Dirección :** San pedro Nolasco #135 Casa 2, Concepción
Fecha término : 10-06-2022 **Teléfono :** 09-78720169
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 02-06-2022 11:33 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 31-05-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 02-06-2022 11:33 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **71117958-5** y código de verificación: **8ab932**

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.