

# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

  
Nº 3 077603974-8**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

B E N A V I D E S	S E P U L V E D A	S A N D R A	1 3 3 9 1 8 7 1	- K
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
1 9 1 0 2 0 2 2	2 0 1 0 2 0 2 2	4 3	F	FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
1 4	C A T O R C E	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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERINAL 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 <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO						
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>				DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO					
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>HORA</td><td>MINUTOS</td></tr></table>			HORA	MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO		
HORA	MINUTOS						
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>MES</td><td>AÑO</td></tr></table>				MES	AÑO	
MES	AÑO						

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA _____ CALLE NUEVA N 1 #4000 DEPARTAMENTO M-103, CONDOMINIO LOS PI, San Pedro de la Paz	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-99183011	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

U R E T A	F E R N Á N D E Z	M A R I A	C R I S T I	1 7 6 1 5 5 3 3	- 7
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
REG. COLEGIO PROFESIONAL 9-82249215/	CORREO ELECTRÓNICO Avenida Juan Bosco 1831, Concepción			MEDICINA GENERAL ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 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 077603974-8

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR****C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

F	U	N	D	.E	D	U	C	O	L	E	G	I	O	L	A	P	R	O	V	I	D	E	N	C	E	P	C	I
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																												
6	5	0	8	2	4	4	6		6	4	1	2	4	8	2	8	7	1		1	9	1	0	2	0	2	2	
RUN								TELEFONO								FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)												
L	A	U	T	A	R	O	4	8	7					C	O	N	C	E	P	C	I							
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																												
C								C								C												
ONCEPCION								ONCEPCION								ONCEPCION												
COMUNA								CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN								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).

DOCENTE PIE

**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)**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 0 3

0 1 0 3 2 0 1 9

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

**SEGURO DE DESEMPLEO**

Trabajador afiliado a AFC

- 1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida

- 1 = SI  
 2 = NO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7																	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 R U Z B L A N C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

Nº 3 077603974-8

**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 DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
	A			B		C	
3	07	2022	0	\$ 0		\$ 66.835	
3	08	2022	0	\$ 0		\$ 0	
3	09	2022	0	\$ 0		\$ 302.089	

% 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 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 DÍAS			MONTO	Nº DÍAS
	A			B		C	

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
30	23	05	2022	21	06	2022
30	23	04	2022	22	05	2022
30	22	06	2022	21	07	2022
30	22	07	2022	20	08	2022
30	21	08	2022	19	09	2022
30	20	09	2022	19	10	2022

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

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 077603974-8

Sucursal : Redgesam S.A. - Redgesam Concepción Consulta Inner

Fecha Otorgamiento : 19-10-2022 10:56 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Ureta Fernández, María Cristina Soledad  
Rut : 17615533-7  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Avenida Juan Bosco 1831, Concepción - Tel: 9-82249215

## 2. Datos Trabajador

Nombre : BENAVIDES SEPULVEDA, SANDRA  
Rut : 13391871-K  
Edad : 43  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-10-2022 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 14 Dirección : CALLE NUEVA N 1 #4000 DEPARTAMENTO M-103, CONDOMINIO LOS PI, San Pedro de la Paz  
Fecha término : 02-11-2022 Teléfono : 09-99183011  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 20-10-2022 12:25 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 19-10-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-10-2022 12:25 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: **77603974-8** y código de verificación: **b4031e**

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.