

**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 077901988-8

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
25102022				25102022				43		F					
04		CUATRO													
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

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	<input type="text" value="1"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="text" value="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"/> DIA MES AÑO
---	--

  

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

  

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<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 = 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 PJE SALVADOR REYES 1327

SANTA SAB LOS ESCRITORES, Concepción

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-95425450

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L U E N G O										R A M I R E Z										A N G E L A S C A R L										1 8 5 9 5 5 1 3										- 3	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
434329																				MEDICINA GENERAL										1										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD																					
41-2925051/										Freire 1445, Concepción																				Documento firmado electrónicamente											
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 077901988-8

## 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		412482871					25102022												
RUN					TELÉFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)														
LAUTARO 487										CONCEPCIÓN														
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																								
CONCEPCIÓN										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN														
COMUNA																								

## 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

## 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).

**EDUCADORA DIFERENCIAL**

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

## REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO ☐ ☐ ☐ LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE  
INT. PREV. CUPRUM

## CALIDAD DEL TRABAJADOR

3 = 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 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI  
2 = NO

0	1	0	8	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---

1	4	0	5	2	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---

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 6 7**

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input style="width: 30px; height: 30px;" 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



N° 3 077901988-8

### 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.

(INFORMACIÓN 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
	A			B	C	D	E
3	07	2022	30	\$ 0	\$ 1.643.333	\$ 0	0
3	08	2022	30	\$ 0	\$ 1.576.498	\$ 0	0
3	09	2022	30	\$ 0	\$ 1.929.430	\$ 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	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº 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 DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
3	01	06	2022	03	06	2022

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 077901988-8

**Sucursal :** MEGASALUD S.A. - Megasalud Concepcion Medico

**Fecha Otorgamiento :** 25-10-2022 15:44 hrs.

**Entidad que se pronuncia :** CONSALUD

**Empleador :** FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** Juengo ramirez, angela scarlet  
**Rut :** 18595513-3  
**Especialidad :** MEDICINA GENERAL  
**Dirección :** Freire 1445, Concepción - Tel: 41-2925051

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** ÁLVAREZ RIQUELME, CARLA ALEJANDRA  
**Rut :** 13725026-8  
**Edad :** 43  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 25-10-2022  
**N° Días :** 4  
**Fecha término :** 28-10-2022  
**Tipo :** Reposo Total  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** PJE SALVADOR REYES 1327 SANTA SAB LOS ESCRITORES, Concepción  
**Teléfono :** 09-95425450

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador  
**Fecha Última Modificación :** 28-10-2022 17:02 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 65082446-6  
**Fecha de Recepción :** 25-10-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 28-10-2022 17:02 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: **77901988-8** y código de verificación: **6ed47f**

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 cometiére 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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.