



Nº 3 078212875-2

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S T R E B						B E C E R R A						J O C E L Y N P A Z						1 6 7 6 8 1 3 3 - 6					
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN					
0 2 1 1 2 0 2 2						0 2 1 1 2 0 2 2						3 4		F									
FECHA OTORGAMIENTO						FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO									
0 3		T R E S																					
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS 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		
1	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
-------------------------	---	------------------	--------------------------	---	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO					
	DÍA	MES	AÑO		

		HORA MINUTOS	TRAYECTO		1 = SI 2 = NO
---	---	--------------	----------	--	------------------

FECHA DE LA CONCEPCIÓN				
	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 _____ AV. COLLAO 750 DEPTO. 701,
Concepción _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 09-66522781

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S I L V A	T R O N C O S O	F R A N C I S C O J O	1 6 6 0 6 4 4 6 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		MEDICINA GENERAL	1
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
02-988279412/ TELÉFONO/FAX	Cardenio Avello 36, Concepción DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente 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



N° 3 078212875-2

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
5	08	2022	30	\$ 0	\$ 1.340.854	\$ 0	0
5	09	2022	30	\$ 0	\$ 1.670.221	\$ 0	0
5	10	2022	30	\$ 0	\$ 1.340.854	\$ 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)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			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)

2 1 = SI
2 = NO

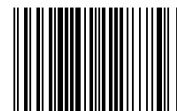
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o Isapre
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 078212875-2

Sucursal : Hosp Clinico del Sur SPA - Hosp Clinico del Sur SPA

Fecha Otorgamiento : 02-11-2022 16:04 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Silva Troncoso, Francisco José
Rut : 16606446-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Cardenio Avello 36, Concepción - Tel: 02-988279412

2. Datos Trabajador

Nombre : STREB BECERRA, JOCELYN PAZ
Rut : 16768133-6
Edad : 34
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 02-11-2022
N° Días : 3
Fecha término Tipo : 04-11-2022
Lugar : Domicilio
Dirección : AV. COLLAO 750 DEPTO. 701, Concepción
Teléfono : 09-66522781
Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 03-11-2022 15:56 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 02-11-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-11-2022 15:56 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: **78212875-2** y código de verificación: **287c82**

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.