



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 080524872-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

J A R P A	C A M P O S	N A T A C H A	A N D R	1 7 3 4 5 2 3 6	-	5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
2 1 1 1 2 2 0 2 2	2 2 1 2 2 0 2 2	3 3	F	RUN		
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO			
1 1	O N C E	1	1	Documento firmado electrónicamente		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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

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						
7	RECUPERABILIDAD	1 = SI	INICIO TRAMITE	2 = SI	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE		TRABAJO O DEL TRAYECTO		DIA	MES	AÑO
				1 = SI	2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		1 0	2 0	2 2	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; N°; DEPTO; COMUNA	
CALLE GUINDO 504 VEGAS DE PERALES, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-93063237	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C A N A L E S	H O R M A Z A B A L	J U A N	P A B L O	1 6 0 1 0 3 4 0	-	K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN		
Número colegio médico		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA				
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD				
41-2724800/ TELÉFONO/FAX		Chacabuco # 135, Concepción		Documento firmado electrónicamente		
		DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL		

- 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

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.



N° 3 080524872-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR											
6 5 0 8 2 4 4 6				- 6		4 1 2 4 8 2 8 7 1				2 1 1 2 2 0 2 2	
RUN				TELÉFONO				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

- 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.
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> CÓDIGO 3 4 LETRA (CAJA PREV) </div>	
NOMBRE INT. PREV. <u> </u> MODELO S.A. <u> </u>	

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,

SEGURIDAD DE DESEMPLO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

NOMBRE ENTIDAD DASARDA DEL SUBSIDIO

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

- SERVICIO DE SALUD
ESTATAL
SOLICITUD DE
RECLAMACIÓN



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 080524872-6

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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
34	09	2022	30	\$ 0	\$ 957.134	\$ 0	0
34	10	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 0	0
34	11	2022	30	\$ 0	\$ 852.375	\$ 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 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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº 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)

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
8	10	06	2022	17	06	2022

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
receptionado el documento

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Centro de Mamas Concepción - Centro de Mamas Concepción

Fecha Otorgamiento : 21-12-2022 19:23 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Canales Hormazabal, Juan Pablo
Rut : 16010340-K
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : Chacabuco # 135, Concepción - Tel: 41-2724800

2. Datos Trabajador

Nombre : JARPA CAMPOS, NATACHA ANDREA
Rut : 17345236-5
Edad : 33
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 7. Patología del Embarazo

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 22-12-2022 Lugar : Domicilio
Nº Días : 11 Dirección : CALLE GUINDO 504 VEGAS DE PERALES, Talcahuanco
Fecha término : 01-01-2023 Teléfono : 09-93063237
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 22-12-2022 11:56 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 21-12-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 22-12-2022 11:56 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: **80524872-6** y código de verificación: **I-0f3626**

El que incurra en las falsoedades 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.