

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



N° 3 081369624-K

**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
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 2 0 1 2 0 2 3	1 6 0 1 2 0 2 3	4 4	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 5	Q U I N 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	
<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	
<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL	
<input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	
<input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
<input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	
<input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO	HORA MINUTOS
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input 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**

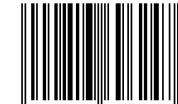
R O E S S L E R	B A R R O N	E R I C	1 2 7 2 2 5 2 5 - 7
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	NEFROLOGÍA	<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
2-7548700/	Marcoleta 350, Santiago	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 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**



N° 3 081369624-K

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

FUND.	EDUC.	COLEGIO	LA	PROVIDENCIA	DE	CONCEPCI																												
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																		
6	5	0	8	2	4	4	6	-	6	4	1	2	4	8	2	8	7	1	1	2	0	1	2	0	2	3								
RUN										TELEFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMMAAA)														
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

**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).

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

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b>		<b>CALIDAD DEL TRABAJADOR</b>		<b>SEGURO DE DESEMPLEO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.	<input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	<input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.	<input type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.	Trabajador afiliado a AFC	<input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
CÓDIGO	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	<input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.	Contrato de duración indefinida	<input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
NOMBRE INT. PREV. CUPRUM		0 1 0 3 2 0 0 3		0 1 0 3 2 0 1 9	
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMMAAA)				FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMMAAA)	

**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN**

<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</b>		<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> B	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	<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



N° 3 081369624-K

#### 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	Nº DÍAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E
3	10	2022	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
3	11	2022	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
3	12	2022	0	\$ 0	\$ 325.917	\$ 0	30

% DESAHUCIO
0 <input type="text"/> , 0 <input type="text"/>

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	
	MES	AÑO	Nº DÍAS	IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	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)

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	17	12	2022	15	01	2023
30	17	11	2022	16	12	2022
14	03	11	2022	16	11	2022
14	20	10	2022	02	11	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



N 3 081369624-K

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CEM Pontificia Universidad Católica

Fecha Otorgamiento : 12-01-2023 09:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : ROESSLER BARRON, ERIC  
Rut : 12722525-7  
Especialidad : NEFROLOGÍA  
Dirección : Marcoleta 350, Santiago - Tel: 2-7548700

## 2. Datos Trabajador

Nombre : BENAVIDES SEPULVEDA, SANDRA  
Rut : 13391871-K  
Edad : 44  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-01-2023 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 15 Dirección : CALLE NUEVA N 1 #4000 DEPARTAMENTO M-103, CONDOMINIO LOS PI, San Pedro de la Paz  
Fecha término : 30-01-2023 Teléfono : 09-99183011  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 12-01-2023 09:49 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 12-01-2023  
Fecha de envío a pronunciamiento : 12-01-2023 09:49 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: 81369624-K y código de verificación: I-162f0a

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.