

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 082933833-5

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								RUN														
2	7	0	2	2	0	2	3	0	1	0	3	2	0	2	3	4	4	F																				
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																				
1	4	C	A	T	O	R	C	E																														
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS 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	

RECUPERABILIDAD LABORAL	1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
----------------------------	--------------	------------------	-----------------------------	--------------	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO			
	DIA	MES	AÑO

		TRAYECTO		1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN		
	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

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M O R A L E S	Z A M B R A	E M I L I O J A V I E	1 6 3 6 9 0 5 6 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	MEDICINA GENERAL		1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
55-2654655/	Departamental 1455, La Florida	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
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



Nº 3 082933833-5

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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).

DOCENTE PIE

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

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN REVISIONAL	
2	1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO	3 LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE	
INT. PREV. CUPRUM	

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC	☒ 1	1 = SI 2 = NO
Contrato de duración indefinida	☒ 1	1 = SI 2 = NO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION																												
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 ☐ A = SERVICIO DE SALUD ☐ B = ISAPRE ☐ C = C.C.A.E. ☐ D = EMPLEADOR										SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 ☐ 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 082933833-5

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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E
3	12	2022	0	\$ 0	\$ 325.917	\$ 0	30
3	01	2023	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
3	02	2023	30	\$ 0	\$ 1.242.702	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

Remuneración imponible previsual 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	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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	16	01	2023	30	01	2023
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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 082933833-5

Sucursal : Clínica BUPA - CLINICA BUPA SANTIAGO

Fecha Otorgamiento : 27-02-2023 09:09 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Morales Zambra, Emilio Javier
Rut : 16369056-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Departamental 1455, La Florida - Tel: 55-2654655

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 : 01-03-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 14 Dirección : Las Lengas 405, San Pedro de la Paz
Fecha término : 14-03-2023 Teléfono : 09-99183011
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 28-02-2023 09:06 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 27-02-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 28-02-2023 09:06 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: **82933833-5** y código de verificación: **I-a8fb71**

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.