



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 083732907-8

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											
1	6	0	3	2	0	2	3	1	5	0	3	2	0	2	3	4	4	F															
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO															
2	0	V E I N T E																															
N° DE DIAS		N° 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	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 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	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	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MINUTOS
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	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 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)	_____

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
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN							
REG. COLEGIO PROFESIONAL								CORREO ELECTRÓNICO						ESPECIALIDAD						<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA							
2-7548700/ TELÉFONO/FAX								Marcoleta 350, Santiago DIRECCIÓN						NEFROLOGÍA ESPECIALIDAD						<i>Documento firmado electrónicamente</i> 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 083732907-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCI																										
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																										
65082446						-	6412482871						16032023													
RUN							TELEFONO						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

9	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

19	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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>2 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO 3 LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. CUPRUM</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>3 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.</p> <p>01032003</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>01032019</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
--	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<p style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</p> <p>B A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR</p>	<p style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</p> <p>E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR</p>
---	--

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 083732907-8

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.

(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	
	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
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	
	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

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 = 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
14	01	03	2023	14	03	2023
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

<p>Documento firmado electrónicamente</p>
<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 083732907-8

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CEM Pontificia Universidad Católica

Fecha Otorgamiento : 16-03-2023 10:53 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 : 15-03-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 20 Dirección : CALLE NUEVA N 1 #4000 DEPARTAMENTO M-103, CONDOMINIO LOS PI, San Pedro de la Paz
Fecha término : 03-04-2023 Teléfono :
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 17-03-2023 10:06 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 16-03-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-03-2023 10:06 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: **83732907-8** y código de verificación: **I-e60335**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.