

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 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	SEXO
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	
2 0	V E I N T E	20	FIRMA TRABAJADOR
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	Documento firmado electrónicamente	

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	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO		<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> 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)	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R O E S S L E R	<input type="checkbox"/> 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	NEFROLOGÍA		
2-7548700/ TELÉFONO/FAX	ESPECIALIDAD		
Marcoleta 350, Santiago			<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
DIRECCIÓN			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

Nº 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						
6 5 0 8 2 4 4 6		- 6	4 1 2 4 8 2 8 7 1		1 6 0 3 2 0 2 3	
RUN			TELEFONO		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

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).
- DOCENTE PIE**

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

REGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD DEL TRABAJADOR	SEGURO DE DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)	0 1 0 3 2 0 0 3	0 1 0 3 2 0 1 9
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	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
<input checked="" type="checkbox"/> B = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> A = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
<input type="checkbox"/> CRUZ BLANCA	
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 PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		% DESAHUCIO 0 <input type="checkbox"/> , 0 <input type="checkbox"/>
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS					
				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

Remuneración imponible
 previsional mes anterior inicio
 licencia médica (tope 109.8
 UF) para trabajador afiliado a
 AFC

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.

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		% DESAHUCIO 0 <input type="checkbox"/> , 0 <input type="checkbox"/>
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS					
				B		C	D	E

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

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



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
Nº 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 setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.