

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES


Nº 3 086640392-9**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

P E N A	V E N E G A S	F R A N C I S C A	V I	1 7 8 9 7 4 2 9	- 7
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		NOMBRES	
2 5 0 5 2 0 2 3	2 5 0 5 2 0 2 3	3 2	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO
0 5	C I N C O	Nº DE DIAS EN PALABRAS			
Nº DE DIAS					

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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; Nº; DEPTO; COMUNA	
Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-50976930	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

N A V A R R E T E	I B Á Ñ E Z	G U S T A V O	A L E J	1 4 3 8 9 7 5 9	- 1
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		NOMBRES	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL	
41-2666603/		Jorge Alessandri 2047, Hualpén		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		<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



Nº 3 086640392-9

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		2 5 0 5 2 0 2 3	
RUN			TELEFONO		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)	
LAUTARO	4 8 7		0 ,	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

9**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).

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

<input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.	CÓDIGO	LETRA (CAJA PREV)
NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL		

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.

0 1 0 6 2 0 0 9

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

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

0 1 0 3 2 0 1 9

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 086640392-9

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. 1- 30638/20 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INICIACIÓN)

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	
				IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS		MONTO	Nº DÍAS	
	A			B	C	D	E
29	02	2023	30	\$ 0	\$ 1.562.140	\$ 0	0
29	03	2023	30	\$ 0	\$ 2.157.694	\$ 0	0
29	04	2023	30	\$ 0	\$ 1.502.460	\$ 0	0

% DESAHUCIO

- ▶ 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

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)

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

Documento firmado electrónicamente

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 086640392-9

Sucursal : Clinica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 25-05-2023 10:38 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : Navarrete Ibáñez, Gustavo Alejandro
Rut : 14389759-1
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 41-2666603

2. Datos Trabajador

Nombre : PENA VENEGAS, FRANCISCA VICTORIA
Rut : 17897429-7
Edad : 32
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 25-05-2023 Lugar : Domicilio
Nº Días : 5 Dirección : COLON 3552 CASA 3, Talcahuano
Fecha término : 29-05-2023 Teléfono : 09-50976930
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 26-05-2023 14:25 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 25-05-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 26-05-2023 14:25 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: **86640392-9** y código de verificación: **I-1d3540**

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.