

# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

  
Nº 3 088582259-2

#### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

##### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

IBANEZ	VALENZUELA	FRANCISCA	MA	18106709	-	8
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
05072023	09072023	31	F			
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO			
30	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS		Documento firmado electrónicamente		
Nº DE DIAS			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 MATERINAL 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 type="checkbox"/> 1 = SI		
<input type="checkbox"/> 2 = NO	<input type="checkbox"/> 2 = NO		
INICIO TRAMITE			
<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 1 = SI		
<input type="checkbox"/> 2 = NO	<input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI		
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/> 2 = NO		
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
	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
bonilla norte 3267 casa 57,	
Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-54237288	

##### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

SILVA	DIAZ	JULIO	ENRIQU	15685274	-	0
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
Número colegio médico		CORREO ELECTRÓNICO		Traumatología y Ortopedia		
REG. COLEGIO PROFESIONAL		Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano		ESPECIALIDAD		
56-78862102/		DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente		
TELÉFONO/FAX					FIRMA PROFESIONAL	

1 = MÉDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

**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 088582259-2

**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					0 5 0 7 2 0 2 3	
RUN					TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)		
LAUTARO 487 0, 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

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).

1  2

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

REGIMEN PREVISIONAL

- 2 1= D.L. 3501 INP.  
 2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO  3 3  LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
INT. PREV. CAPITAL

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 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

1 8 0 1 2 0 1 0 0 1 0 3 2 0 2 0  
 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

- B 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

COLMENA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

Nº 3 088582259-2

**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 COLUMNAS 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  <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>									
IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS												
MES	AÑO	Nº DÍAS			MONTO	Nº DÍAS						
				A	B	C	D	E				
33	04	2023	9		\$ 0	\$ 397.691	\$ 0	21				
33	05	2023	0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	30				
33	06	2023	0		\$ 0	\$ 200.645	\$ 0	30				

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		% DESAHUCIO  <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>									
IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS												
MES	AÑO	Nº 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 = 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
30	09	06	2023	08	07	2023
30	10	05	2023	08	06	2023
30	10	04	2023	09	05	2023
11	19	03	2023	29	03	2023

*Documento firmado electrónicamente*

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica

N° 3 088582259-2

Sucursal : Clínica Bio Bio - Clínica Bio Bio

Fecha Otorgamiento : 05-07-2023 09:13 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Silva Diaz, Julio Enrique  
Rut : 15685274-0  
Especialidad : Traumatología y Ortopedia  
Dirección : Avenida Jorge Alessandri 3515, Talcahuano - Tel: 56-78862102

## 2. Datos Trabajador

Nombre : IBANEZ VALENZUELA, FRANCISCA MAGDALENA  
Rut : 18106709-8  
Edad : 31  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 09-07-2023 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 30 Dirección : bonilla norte 3267 casa 57, Concepción  
Fecha término : 07-08-2023 Teléfono : 09-54237288  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 05-07-2023 16:46 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 05-07-2023  
Fecha de envío a pronunciamiento : 05-07-2023 16:46 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: **88582259-2** y código de verificación: **I-5e14b3**

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.