

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

Nº 3 088975742-6

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

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

J A R P A [REDACTED]	C A M P O S [REDACTED]	N A T A C H A [REDACTED]	A N D R [REDACTED]	1 7 3 4 5 2 3 6	- 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
1 5 0 7 2 0 2 3	1 7 0 7 2 0 2 3	3 3	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
0 5	C I N C O [REDACTED]	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)

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	- [REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN
[REDACTED]	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		<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI				
LABORAL		<input type="checkbox"/> 2 = NO	INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 = NO				
FECHA DEL ACCIDENTE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO	
TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI					
		HORA MINUTOS	<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	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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA	
CALLE GUINDO 504 VEGAS DE	
PERALES, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-93063207	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

M O Y A [REDACTED]	P E R E Z [REDACTED]	E R N E S T O [REDACTED]	A N T O [REDACTED]	8 3 7 4 7 1 6	- 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
22562-2				RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL	
41-2403100/		JORGE ALESSANDRI 3177, Talcahuano		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX		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 088975742-6

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FUND. EDUC. COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCIÓN									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR									
6 5 0 8 2 4 4 6		-	6	4 1 2 4 8 2 8 7 1					
RUN					TELEFONO				
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

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).
- TERAPEUTA OCUPACIONAL**

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. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.		Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)		2 1 1 2 2 0 0 9		0 1 0 8 2 0 1 8	
FECHA PRIMERA AFILIACION/ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)					

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 <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	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
COLMENA	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

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

Nº 3 088975742-6

**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"><tr><td>0</td><td>,</td><td>0</td></tr></table>	0	,	0
0	,	0									
IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)									
MES	AÑO	Nº DÍAS				MONTO	Nº DÍAS				
34	04	2023	19	\$ 0		\$ 604.622	\$ 0	11			
34	05	2023	30	\$ 0		\$ 954.666	\$ 0	0			
34	06	2023	30	\$ 0		\$ 973.702	\$ 0	0			

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		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.
				IMponible DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS		TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	Nº DÍAS				MONTO	Nº DÍAS

Las remuneraciones  
informadas deben  
corresponden 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  
receptionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
21	01	03	2023	21	03	2023
21	22	03	2023	11	04	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 088975742-6

Sucursal : INTEGRAMEDICA S.A. - INTEGRAMEDICA EL TREBOL

Fecha Otorgamiento : 15-07-2023 12:30 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional	: MOYA PEREZ, ERNESTO ANTONIO
Rut	: 8374716-1
Especialidad	: MEDICINA GENERAL
Dirección	: JORGE ALESSANDRI 3177, Talcahuano - Tel: 41-2403100

## 2. Datos Trabajador

Nombre	: JARPA CAMPOS, NATACHA ANDREA
Rut	: 17345236-5
Edad	: 33
Sexo	: Femenino
Tipo Licencia	: 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio	: 17-07-2023	Lugar	: Domicilio
Nº Días	: 5	Dirección	: CALLE GUINDO 504 VEGAS DE PERALES, Talcahuano
Fecha término	: 21-07-2023	Teléfono	: 09-93063207
Tipo	: Reposo Total		

## 4. Estado de la licencia

Estado	: Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación	: 17-07-2023 11:30 hrs.
Motivo Anulación	:
Motivo Rechazo	:
Motivo Devolución	:

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador	: 65082446-6
Fecha de Recepción	: 15-07-2023
Fecha de envío a pronunciamiento	: 17-07-2023 11:30 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: **88975742-6** y código de verificación: **I-e4cf33**

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.