

# Licencia Médica

## Otorgada para cotizante ISAPRE

### DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 090374058-2

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

##### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A B U R T O	B U R G O S	P A U L I N A	V E R O	1 6 7 6 4 9 7 9	- 3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
2 2 0 8 2 0 2 3	2 9 0 8 2 0 2 3	3 5	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
4 2	C U A R E N T A Y D O S	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	1 6 7 6 4 9 7 9	- 3
FECHA NACIMIENTO				

##### A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 3	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 type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> DÍA	<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"/> 0 1	<input type="checkbox"/> 2 0 2 3	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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA LAGO LLANQUIHUE 351 401 1	
VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-95497334	

##### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M A N O L I	M I T C H E L L	J U A N C A R L O S	1 5 3 7 6 5 8 4	- 7
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO			OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
41-2725480/	Jorge Alessandri 2047, Hualpén			ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
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 090374058-2

**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		2 2 0 8 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 DE PARVULO

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.	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

0 1 0 9 2 0 1 4

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  2  1 = SI  
 2 = NO

0 1 0 3 2 0 2 2

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	
<input 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 N S A L U D

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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

Nº 3 090374058-2

**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 ADÉMAS 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	
				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
33	05	2023	10	\$ 0		\$ 378.187	\$ 0
33	06	2023	30	\$ 0		\$ 1.315.136	\$ 0
33	07	2023	27	\$ 0		\$ 1.040.919	\$ 0

% DESAHUCIO
0 <input type="checkbox"/> , 0 <input type="checkbox"/>

Remuneración imponible  
 provisional 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	
				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
33	10	2022	30	\$ 0		\$ 992.531	\$ 0
33	11	2022	30	\$ 0		\$ 992.531	\$ 0
33	12	2022	29	\$ 0		\$ 1.238.697	\$ 0

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	13	04	2023	26	04	2023
26	03	08	2023	28	08	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 090374058-2

Sucursal : Clinica Universitaria de Concepción - CI Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 22-08-2023 14:24 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

## 1. Datos Profesional

Profesional : Manoli Mitchell, Juan Carlos  
Rut : 15376584-7  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 41-2725480

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ABURTO BURGOS, PAULINA VERONICA  
Rut : 16764979-3  
Edad : 35  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 29-08-2023 Lugar : Domicilio  
Nº Días : 42 Dirección : LAGO LLANQUIHUE 351 401 1 VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano  
Fecha término : 09-10-2023 Teléfono : 09-95497334  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 23-08-2023 12:17 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6  
Fecha de Recepción : 22-08-2023  
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-08-2023 12:17 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: **90374058-2** y código de verificación: **I-170912**

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.