



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 093336090-3

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										RUN										
2	3	1	0	2	0	2	3	1	8	1	0	2	0	2	3	3	6	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
8	4	O																C	H	E	N	T	A	Y	C	U	A	T	R	O										
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS																		FIRMA TRABAJADOR																				

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)

C	A	R	M	O	N	A				A	B	U	R	T	O					P	A	U	L	O	G	A	E	L			2	8	2	6	6	3	4	9	-	K
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
1	8	1	0	2	0	2	3																																	
FECHA NACIMIENTO																																								

A.3 TIPO LICENCIA

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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO		DÍA	MES	AÑO
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA LAGO LLANQUIHUE 351 401 1	
VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-95497334	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G	A	R	C	I	A					W	E	L	L	S						R	O	M	I	N	A	P	A	Z			1	7	3	4	5	6	5	5	-	7
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										3 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA										
9-91654405/										Jorge Alessandri 2047, Hualpén										Documento firmado electrónicamente																				
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										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 093336090-3

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCUPACION

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 PARVULOS

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

REGIMEN PREVISIONAL

REGIMEN REVISIONAL

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

CÓDIGO 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.

SEGURO DE DESEMPLEO

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION														
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														
C O N S A L U D <!-- 20 empty boxes --> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO														

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 093336090-3

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 PERIODO 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)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS				
	A			B	C	D	E
33	07	2023	27	\$ 0	\$ 1.040.919	\$ 0	3
33	08	2023	2	\$ 0	\$ 77.105	\$ 0	28
33	09	2023	30	\$ 0	\$ 155.940	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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 PERIODO 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)	MONTO	Nº DÍAS
	MES	AÑO	Nº DÍAS				
	A			B	C	D	E
33	04	2023	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
33	05	2023	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0
33	06	2023	30	\$ 0	\$ 0	\$ 0	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	1 = SI 2 = NO
---	------------------

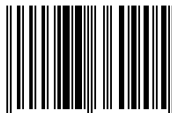
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
8	10	10	2023	17	10	2023
42	29	08	2023	09	10	2023
14	13	04	2023	26	04	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 093336090-3

Sucursal : Clínica Universitaria de Concepción - Cl Universitaria de Concepción

Fecha Otorgamiento : 23-10-2023 14:15 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : FUND.EDUC.COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION

1. Datos Profesional

Profesional : García Wells, Romina Paz
Rut : 17345655-7
Especialidad :
Dirección : Jorge Alessandri 2047, Hualpén - Tel: 9-91654405

2. Datos Trabajador

Nombre : ABURTO BURGOS, PAULINA VERONICA
Rut : 16764979-3
Edad : 36
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 18-10-2023 Lugar : Domicilio
N° Días : 84 Dirección : LAGO LLANQUIHUE 351 401 1 VALLE SAN EUGENIO, Talcahuano
Fecha término : 09-01-2024 Teléfono : 09-95497334
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 23-10-2023 17:49 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 65082446-6
Fecha de Recepción : 23-10-2023
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-10-2023 17:49 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: **93336090-3** y código de verificación: **I-68f544**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.