

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067547466-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

L A Z O	M I R A N D A	P A M E L A	9 7 4 5 0 8 6	2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
1 4 0 3 2 0 2 2	1 4 0 3 2 0 2 2	5 5	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 2	D O S			
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalas (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

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE CLÍNICO
 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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI / 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 = SI / 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO

HORA MINUTOS TRAYECTO: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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/Nº DEPTO COMUNA CALLE OHIGGINS 941 CASA 304

Quilota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-95439147

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

I R F A N	.	M U H A M M A D	2 6 3 6 9 2 9 5	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
		MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA	
09-49586385/	Maipú N. Quillota	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
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



N°3 067547466-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

D E P A R T A M E N T O										D E										S A L U D										I .										M U N I C I P A L I D A D										D E										Q U									
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																																																																					
6 9 2 6 0 4 0 0					- 8										1 4 0 3 2 0 2 2																																																						
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)																																																											
C L O R I N D O										V E L I Z										5 2 0										D E P T O .										5 2 0 .										Q U I L L O T A																			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																																																					
Q U I L L O T A																																																																					
COMUNA										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																																																											

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<ul style="list-style-type: none"> 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 	<input checked="" type="checkbox"/> 8
--	---------------------------------------

OCUPACION

<ul style="list-style-type: none"> 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). 	<input checked="" type="checkbox"/> 19
MEDICO	

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

<h5>REGIMEN PREVISIONAL</h5> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. <u>HABITAT -</u></p>	<h5>CALIDAD DEL TRABAJADOR</h5> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<h5>SEGURO DE DESEMPLEO</h5> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
---	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h5> <p><input checked="" type="checkbox"/> B A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR</p>	<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h5> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP. H = EMPLEADOR</p>
<p><u>C O L M E N A</u></p> <p>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</p>	



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



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.

(INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 2.528.926	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 2.535.168	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 2.516.808	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 UF) para trabajador afiliado a AFC

2.516.808

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

 JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUEILOTA
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 14-03-2022 10:20 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Irfan ..., Muhammad
Rut : 26369295-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-49586385

2. Datos Trabajador

Nombre : LAZO MIRANDA, PAMELA
Rut : 9745086-2
Edad : 55
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-03-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 2 **Dirección** : CALLE OHIGGINS 941 CASA 304, Quillota
Fecha término : 15-03-2022 **Teléfono** : 09-95439147
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 14-03-2022 10:20 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 14-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 15-03-2022 09:54 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: **67547466-4** y código de verificación: **230262**

El que incurra en las faltas 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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.

Licencia Médica

Nº 1 - 39211609

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: FERNANDEZ **APELLIDO MATERNO:** ALAYANA **NOMBRES:** ESTEFANI
FECHA EMISION LICENCIA: 140322 **FECHA INICIO DE REPOSO:** 140322
Nº DE DIAS: 4 **Nº DE DIAS EN PALABRAS:** CUATRO

RUN: 176341195 - 5
FECHA DE NACIMIENTO: 210690 **EDAD:** 31 **SEXO:** F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: [] **APELLIDO MATERNO:** [] **NOMBRES:** []

FECHA DE NACIMIENTO: [] **RUN:** []

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO **INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:** 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [] [] [] [] [] [] **TRAYECTO:** 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [] [] [] [] [] []

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO 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): []

DIRECCION DE REPOSO: ZOROBABEL RODRIGUEZ
CALLE: 15 [] [] [] [] **DPTO:** [] [] [] []
VILLA O POBLACION: CERRO MAYACA
COMUNA: PUJILLOTA
TELEFONO: [] [] [] [] [] [] **CELULAR:** 83463704
CORREO ELECTRONICO: [] [] [] [] [] []

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: VARGAS **APELLIDO MATERNO:** PEIRANO **NOMBRES:** MANUEL
RUN: 16814261 - 7 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:** 24088 - 1

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: CARRETERA 1603
CALLE: LA CALERA **COMUNA:** LA CALERA

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]
EPECIALIDAD: OTORRINOLOGO 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
CORREO ELECTRONICO: [] [] [] [] [] []
FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

MUNICIPALIDAD DE QUINDIA
 Sub Dirección
 RR. HH.
 DEPTO. DE SALUD

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1= SI 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	AÑO	MES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR
C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD D

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

69260400 - 8
RUT

33 2296200
TELEFONO

14 03 22
DIA MES AÑO

DIRECCION DONDE CUMPLE
FUNCIONES EL TRABAJADOR

CLORINDO VELIZ 520

QUILLOTA
COMUNA

QUILLOTA
CIUDAD

CODIGO 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
8 5= COMERCIO
6= TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
7= FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS
8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
10= CONTRATO PLAZO FIJO

OCUPACION

11= EJECUTIVO DIRECTIVO
12= PROFESOR
13= OTRO PROFESIONAL
14= TECNICO
15= VENDEDOR
16= ADMINISTRATIVO
17= OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
18= TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
19= OTRO (ESPECIFICAR)
Auxiliar de servicio

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF

REGIMEN PREVISIONAL

1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.
2 1= SI
2= NO
CODIGO 8 LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. Provida

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834
2= TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834
2 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SEGURO DE DESEMPLEO

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01 06 17
DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 06 17
DIA MES AÑO

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
C 1= SI
2= NO
D= EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO LA ARAUCANA

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO INSTITUCION 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	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	02	2022	30		601.322		
	01	2022	30		606.183		
	12	2021	30		857.267		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$

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

CODIGO INSTITUCION 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	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS

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

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067642185-8

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.236.943	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 1.354.493	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.149.738	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

1.149.738

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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 DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

JEFE DE PERSONAL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067642185-8

Sucursal : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.
Fecha Otorgamiento : 15-03-2022 11:46 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : SANDOVAL MARTINEZ, ANDRES ENRIQUE
Rut : 12722468-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 9-68367528

2. Datos Trabajador

Nombre : DÍAZ ESCUDERO, BEATRIZ DEL CARMEN
Rut : 10658432-K
Edad : 54
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : BALDOMERO LILLO 1599, LOS ESCRITORES, Quillota
Fecha término : 17-03-2022 Teléfono : 09-91230348
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por OCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2022 23:38 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 18:03 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

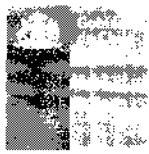
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **67642185-8** y código de verificación: **f28947**

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 comete 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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERNÁNDEZ	QUEZADA	CLAUDIA ANDR	19602894 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
14032022	14032022	39	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
14	CATORCE		
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Código para beneficiar por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del Código de Trabajo y juicio de acobardamiento Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
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
REOPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ
FECHA DE ADICIÓN AL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
	SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO LUGAR	_____
DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO COMUNA	panamericana oja los gisad.olo 185, Caera
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-99300983

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

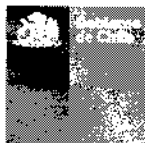
KOSCHE	CARCAMO	FRANZ	13689495 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	Especialidad	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2699237	Alvarez 662, Viña del Mar	Traumatología y Ortopedia	1
TELÉFONO FAX	DIRECCIÓN	ESPECIALIDAD	FIRMA PROFESIONAL

Documento firmado electrónicamente

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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067575450-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR
6 9 2 6 0 4 0 0 - 8 1 4 0 3 2 0 2 2

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMM/AAAA)
CLORINDO VELIZ 5 2 0 DEPTO. 5 2 0, QUIULLOTA

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
QUIULLOTA CODIGO COMUNAL USJ COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
- 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
- 3 = CONSTRUCCIÓN
- 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA
- 5 = COMERCIO
- 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
- 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
- 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
- 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

8

OCUPACION

- 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO
- 12 = PROFESOR
- 13 = OTRO PROFESIONAL
- 14 = TÉCNICO
- 15 = VENDEDOR
- 16 = ADMINISTRATIVO
- 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL
- 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
- 19 = OTRO (ESPECIFICAR)

16

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.

CODIGO 3 3 - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE
INT. PREV. CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834
2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFO 2 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 2 1 = SI
2 = NO

2 9 0 5 2 0 1 7 2 9 0 5 2 0 1 7
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMM/AAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMM/AAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

C SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E
D = EMPLEADOR

E SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

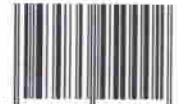
LA ARAUCANA
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067575450-0

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. 1-30E3/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B. (INFORMACIÓN 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 LAEORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	12	2021	30	\$ 0	\$ 816.783	\$ 0	0
33	01	2022	30	\$ 0	\$ 850.036	\$ 0	0
33	02	2022	30	\$ 0	\$ 679.480	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

679.480

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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)

2 1 = SI
2 = NO

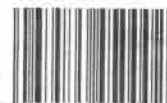
ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

JEFE DE PERSONAL
SERVICIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUINLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067575450-0

Sucursal : IST - Instituto de Seguridad del Trabajo Viña del Mar

Fecha Otorgamiento : 14-03-2022 13:47 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : KOSCHE CARCAMO, FRANZ
Rut : 13689495-1
Especialidad : Traumatología y Ortopedia
Dirección : Alvarez 662, Viña del Mar - Tel: 32-2699237

2. Datos Trabajador

Nombre : FERNÁNDEZ QUEZADA, CLAUDIA ANDREA
Rut : 19602894-3
Edad : 39
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 14-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 14 Dirección : panamenricana pje los gisadiolo 185, Calera
Fecha término : 27-03-2022 Teléfono : 09-99300983
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada
Fecha Última Modificación : 24-03-2022 23:06 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 14-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 15-03-2022 19:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-84581 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 17-03-2022 Pendiente por :
Desde : 14-03-2022 Derecho a subsidio : A
Hasta : 27-03-2022 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 14 días Días previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **67575450-0** y código de verificación: **3bdb7d**

El que incurra en las faltas 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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067736616-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
6 9 2 6 0 4 0 0				- 8						1 6 0 3 2 0 2 2	
RUN				TELEFONO				FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)			
CLORINDO VELIZ 5 2 0 DEPTO. 5 2 0. QUILLOTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILLOTA											
COMUNA				CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN							

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<p>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.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 8
--	---------------------------------------

OCUPACION

<p>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).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 19
<p>CHOFER _____</p>	

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

REGIMEN PREVISIONAL

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> -	LETRA (CAJA PREV)
<p>NOMBRE _____ INT. PREV. CAPITAL - _____</p>				

CALIDAD DEL TRABAJADOR

<p>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.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 2
<p>2 4 0 9 2 0 1 8</p>	
<p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	

SEGURO DE DESEMPLEO

<p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 2
<p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 2
<p>2 4 0 9 2 0 1 8</p>	
<p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>	

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

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

L A A R A U C A N A											
<p>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</p>											



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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.

(INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	12	2021	30	\$ 0	\$ 901.697	\$ 0	0
33	01	2022	30	\$ 0	\$ 606.183	\$ 0	0
33	02	2022	30	\$ 0	\$ 686.787	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 UF) para trabajador afiliado a AFC:

686.787

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

 JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Raúl Silva Henríquez de Quillota

Fecha Otorgamiento : 16-03-2022 15:36 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Yajure Fernández, Pedro Javier
Rut : 26757725-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avda. Las Industrias N° S/N. Quillota - Tel: 09-37375498

2. Datos Trabajador

Nombre : CISTERNAS SAN MARTÍN, JUAN RAMON
Rut : 11516496-1
Edad : 53
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 30 Dirección : Pasaje LOS NARANJOS 78 STA TERESITA, Quillota
Fecha término : 13-04-2022 Teléfono : 09-99467135
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2022 23:43 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

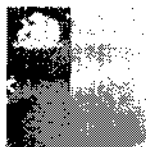
Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 16-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 19:27 hrs.

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: **67736616-8** y código de verificación: **08d2c7**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, otorgamiento o tramitación de licencias (mercedes o declaraciones de invalidez) será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veintidós a cincuenta unidades tributarias mensuales.
El que cometiese 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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067627116-3

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M O Y A N O	R I Q U E L M E	P A O L A A N D R E A	1 3 1 8 7 8 1 1	7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
1 5 0 3 2 0 2 2	1 5 0 3 2 0 2 2	4 5	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
3 0	T R E I N T A			
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS			

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 18.857)

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 MATERNAL 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 LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / 2 = NO INICIO TRAMITE INVÁLIDEZ: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="text"/> DIA / <input type="text"/> MES / <input type="text"/> AÑO
HORA MINUTOS: <input type="text"/> / <input type="text"/> TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1 = SI / 2 = NO
FECHA DE LA CONCERCIÓN: <input type="text"/> MES / <input type="text"/> AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO / <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL / <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO. COMUNA: <u>Calle LA INDUSTRIA 1231 Block</u> <u>D Depto. 19, Q. Jilota</u>
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): <u>09-65117859</u>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Y A J U R E	F E R N A N D E Z	P E D R O J A V I E R	2 6 7 5 7 7 2 5	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
Número colegio médico	MÉDICINA GENERAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
<u>09-37375498/</u>	<u>Avda. Las Industrias N S/N, Quilkota</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067627116-3

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:

(INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	12	2021	30	\$ 0	\$ 666.799	\$ 0	0
8	01	2022	30	\$ 0	\$ 668.374	\$ 0	0
8	02	2022	30	\$ 0	\$ 934.919	\$ 0	0

% DESAHUCIO
0 . 0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 UF) para trabajador afiliado a AFC

934.919

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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)

2 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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Raúl Silva Henríquez de Quillota

Fecha Otorgamiento : 15-03-2022 09:46 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Yajure Fernández, Pedro Javier
Rut : 26757725-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avda. Las Industrias N° S/N, Quillota - Tel: 09-37375498

2. Datos Trabajador

Nombre : MOYANO RIQUELME PAOLA ANDREA
Rut : 13187611-7
Edad : 45
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 30 Dirección : Calle LA INDUSTRIA 1231 Block D Depto. 90, Quillota
Fecha término : 13-04-2022 Teléfono : 09-85117859
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Valida por CCAE Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2022 23:35 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 17:33 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: **67627116-3** y código de verificación: **c25c07**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, exhibición 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 veintidós a cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que comete la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a ochenta 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 sesenta y cinco a setenta y cinco unidades tributarias mensuales. Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU
 RAZON SOCIAL EMPLEADOR
 6 9 2 6 0 4 0 0 - 8
 RUN TELEFONO 1 5 0 3 2 0 2 2
 CLORINDO VELIZ 5 2 0 DEPTO. 5 2 0, QUILLOTA
 DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
 QUILLOTA
 COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETRÓLEOS 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 TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

8

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):
 asistente social

19

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.
 CÓDIGO: 5 - LETRA (CAJA PREV.)
 NOMBRE
 INT. PREV.: HABITAT -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2

SEGURO DE DESEMPLEO

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

0 7 0 1 2 0 0 8

0 7 0 1 2 0 0 8

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN 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

B A N M E D I C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067625490-0

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.

(INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 2.067.136	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 2.216.649	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 2.006.913	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

2.006.913

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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 DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

JEFE DE PERSONAL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067625490-0

Sucursal : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.

Fecha Otorgamiento : 15-03-2022 09:30 hrs.

Entidad que se pronuncia : BANMEDICA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : ESCALONA FIGUEROA, MARILEJANDRA
Rut : 26918479-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 09-66026767

2. Datos Trabajador

Nombre : VERGARA REYES, MARIA JOSE
Rut : 13985918-9
Edad : 40
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : CARACOLLES 129, VILLA PARADERO 14, La Cruz
Fecha término : 15-03-2022 Teléfono : 09-56582908
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 15-03-2022 09:30 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 17:29 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia

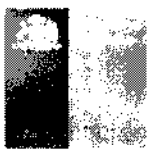
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **67625490-0** y código de verificación: **1fb5e1**

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 prisión de menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que comete la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a sesenta 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 sesenta y cinco a setenta y cinco unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067634973-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

F U E N T E S	T O B A R	N A T A L I A V E R O	1 5 0 6 4 4 6 2 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 5 0 3 2 0 2 2	1 5 0 3 2 0 2 2	3 9	F
FECHA D'OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 3	T R E S		
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave niño 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

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):	_____
DIRECCIÓN: CALLE Nº DEPTO: COMUNA	_____ Ricardo sta cruz 404.
Quillota	_____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-97663519

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A P A L O		C O M L A N V A L E R	2 7 2 7 5 0 4 3 - 2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	1
56-937477082		ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX	Maipú N, Quillota	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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067634973-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
69260400				- 8						15032022	
RUN				TELEFONO				FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)			
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520, QUILOTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILOTA											
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

8

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).

16

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO 2 - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE
 INT. PREV: PROVIDA -

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.

2

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 1 = SI
 2 = NO

25042011

25042011

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 6 7

C

A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 C = C.C.A.E.
 D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 6 6

E = SERVICIO DE SALUD
 F = MUTUAL
 G = INP.
 H = EMPLEADOR

LA ARAUCANA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



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.

(INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.184.796	\$ 0	0
8	01	2022	30	\$ 0	\$ 907.056	\$ 0	0
8	02	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

899.947

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

JEFE DE PERSONAL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 15-03-2022 10:51 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I, MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Apaloo , Comlan Valere Giscard
Rut : 27275043-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 56-937477082

2. Datos Trabajador

Nombre : FUENTES TOBAR, NATALIA VERÓNICA
Rut : 15064462-3
Edad : 39
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 3 **Dirección** : ricardo sta cruz 404, Quillota
Fecha término : 17-03-2022 **Teléfono** : 09-97663519
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2022 23:36 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 17:44 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

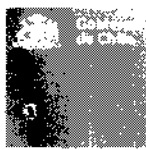
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **67634973-1** y código de verificación: **f010b8**

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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067571217-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G O N Z A L E Z				V A L L E J O				A L E J A N D R A D E				1 5 0 6 8 5 4 6 - K			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
1 4 0 3 2 0 2 2				1 5 0 3 2 0 2 2				3 9		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 5		C I N C O													
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS													

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para hijos por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y hijo de adopción plena (Ley 19.867)

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 MATERNAL 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 = PATO. OXIA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRÁMITE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI <input type="checkbox"/> 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONFERENCIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Año		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____	
DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO. COMUNA <u>CALLE JON JUAN APABLAZA 90 La</u>	
Cruz: _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-45615620</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

E S C A L O N A				F I G U E R O A				M A R I A L E J A N D R				2 6 9 1 8 4 7 9 - 5			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
642868								MEDICINA GENERAL				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD							
09-66026767				Blanco Encalada 470, Quillota				DIRECCIÓN				<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL			
TELÉFONO-FAX															

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.

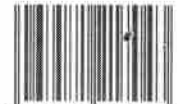
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067571217-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

6 9 2 6 0 4 0 0 - 8 1 4 0 3 2 0 2 2

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

C L O R I N D O V E L I Z 5 2 0 D E P T O . 5 2 0 . Q U I L L O T A

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Q U I L L O T A

COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 - 1 = MINAS, PETRÓLEOS 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 TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
 - 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 - 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
- 8

OCUPACION

- 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 - 12 = PROFESOR.
 - 13 = OTRO PROFESIONAL.
 - 14 = TÉCNICO.
 - 15 = VENDEDOR.
 - 16 = ADMINISTRATIVO.
 - 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
 - 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
 - 19 = OTRO (ESPECIFICAR).
- 19
- enfermera

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO 5 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

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 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

0 1 0 2 2 0 1 5

0 2 0 2 2 0 1 5

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

C

- 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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067571217-4

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. 1-3063/97 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.812.704	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 2.054.728	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.841.366	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	.	0
---	---	---

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

1.841.366

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

(INFORMACION 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

JEFE DE PERSONAL
CENTRO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.
Fecha Otorgamiento : 14-03-2022 13:07 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : ESCALONA FIGUEROA, MARIALEJANDRA
Rut : 26918479-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 09-66026767

2. Datos Trabajador

Nombre : GONZÁLEZ VALLEJO, ALEJANDRA DEL PILAR
Rut : 15068546-K
Edad : 39
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común.

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : CALLEJON JUAN APABLAZA 90, La Cruz
Fecha término : 19-03-2022 Teléfono : 09-45615620
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 15-03-2022 23:17 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

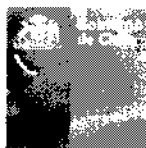
Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 14-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 15-03-2022 19:20 hrs.

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: **67571217-4** y código de verificación: **515df0**

El que incurra en las faltas 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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067661019-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C H A V A R R I G A				G U E R R E R E R O				C A T H E R I N E V A				1 5 9 5 1 1 6 2 - 6			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
1 5 0 3 2 0 2 2				1 5 0 3 2 0 2 2				3 7		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
2 1		V E I N T I U N O													
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS													

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____	
DIRECCIÓN: CALLE: N° DEPTO. COMUNA <u>Pintor Vicente Riosoco</u>	
<u>Illanes 1613, Guillota</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-56304672</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B E N I T O				M U Ñ O Z				C L A U D I A				1 4 2 4 7 7 4 8 - 3			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
33700-5								MEDICINA GENERAL				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD				FIRMA PROFESIONAL			
02-5750001								Isidro Gaete 410 Maitencillo, Puchuncavi				<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX								DIRECCIÓN							

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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067661019-7

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. (INFORMACIÓN 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 2.083.145	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 2.214.170	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 2.002.678	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

2.002.678

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

 JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067661019-7

Sucursal : Claudia Carolina Benito Muñoz - Claudia Carolina Benito Muñoz

Fecha Otorgamiento : 15-03-2022 14:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Benito Muñoz, Claudia
Rut : 14247748-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Isidro Gaete 410 Maitencillo, Puchuncavi - Tel: 02-575000

2. Datos Trabajador

Nombre : CHAVARRIGA GUERRERO, CATHERINE VANESA
Rut : 15951162-8
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 15-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 21 Dirección : Pintor Vicente Riosoco Illanes 1613, Quillota
Fecha término : 04-04-2022 Teléfono : 09-56364672
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-03-2022 23:39 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-03-2022 18:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

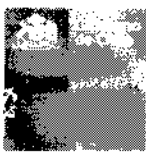
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **67661019-7** y código de verificación: **c2cc8f**

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 cometiére 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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067642185-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D I A Z	E S C U D E R O	B E A T R I Z D E L	1 0 6 5 8 4 3 2 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 5 0 3 2 0 2 2	1 4 0 3 2 0 2 2	5 4	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 4	C U A T R O		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y hijo 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 MATERNA: 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 LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO INICIO TRAMITE: <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI <input type="checkbox"/> 1 = NO INVALIDEZ: <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO HORA: <input type="text"/> MINUTOS TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
DIRECCIÓN: CALLE: N° DEPTO: COMUNA: <u>BALDOMERO LILLO 1599, LOS</u>	
ESCRITORES: <u>Quilota</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): <u>09-91330348</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S A N D O V A L	M A R T I N E Z	A N D R E S E N R I Q	1 2 7 2 2 4 6 8 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
RES. COLECCIÓN PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
9-68367528/		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	Blanco Encalada 470, Quilota	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 FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067642185-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

D E P A R T A M E N T O												D E												S A L U D												I .												M U N I C I P A L I D A D												D E												Q U											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																																																																			
6 9 2 6 0 4 0 0						8														1 5 0 3 2 0 2 2																																																															
RUN								TELEFONO												FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)																																																															
C L O R I N D O												V E L I Z												5 2 0												D E P T O .												5 2 0												Q U I L L O T A																							
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																																																																			
Q U I L L O T A																																																																																			
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 = CONSTRUCCIÓN.
- 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 = TÉCNICO.
- 15 = VENDEDOR.
- 16 = ADMINISTRATIVO.
- 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
- 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
- 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO

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

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

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO