

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067999131-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJO	VEGAS	RODRIGO IGNA	13188130	4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
22032022	21032022	44	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
03	TRES			
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave no menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de aptitud plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____	
DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO: COMUNA: <u>SAN MARTIN 999</u>	
Quilota: _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): <u>09-95385645</u>	

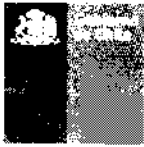
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ORTIZ	LIZANA	XIMENA PAOLA	15063005	3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
34260-2		MEDICINA GENERAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD		
8-93452898	Blanco Encalada 470, Quillota			
TELÉFONO/FAX	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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067999131-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

6 9 2 6 0 4 0 0 8

Razón Social Empleado

6 9 2 6 0 4 0 0 8

FUN TELEFONO

2 2 0 3 2 0 2 2

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

CODIGO COMUNAL LEO COMIN

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

OCCUPACION

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

asistente social

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 5 - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.534.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.534.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

2 5 1 1 2 0 1 6

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA); FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFO 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO

2 5 1 1 2 0 1 6

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

CONSALUD

NOBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067999131-0

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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.627.877	\$ 0	0
5	01	2022	30	\$ 0	\$ 1.750.206	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.543.062	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.543.062

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 PUBLICOS	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

SEE DE PERSONAL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067999131-0

Sucursal : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.

Fecha Otorgamiento : 22-03-2022 11:32 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Ortiz Lizana, Ximena Paola
Rut : 15063005-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 9-93452698

2. Datos Trabajador

Nombre : ROJO VEGAS, RODRIGO IGNACIO
Rut : 13188130-4
Edad : 44
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 3 Dirección : SAN MARTIN 999, Quillota
Fecha término : 23-03-2022 Teléfono : 09-95385645
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 22-03-2022 11:32 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 22-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-03-2022 11:08 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: **67999131-0** y código de verificación: **7ceff8**

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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 067999575-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PAULSEN				RIVERA				KATHERINE JE				14044946				6
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
22032022				211032022				40		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
05		CINCO														
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS 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 Ley de adaptación plena (Ley 18.857))

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNA (PRE Y POST NATAL) 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DE TRABAJO O DEL TRÁFICO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRÁMITE INVALIDEZ: <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE ACCIDENTE O DEL TRÁFICO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DÍA MES AÑO
HORA MINUTOS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TRÁFICO: <input type="checkbox"/> 1 = SI / <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONEXIÓN: <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	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 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: EL FALDEDO 880 Villa	
Aconcagua, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 69-5028797	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ORTIZ				LIZANA				XIMENA PAOLA				15063005				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
34260-2								MEDICINA GENERAL				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO / <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA / <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO				ESPECIALIDAD								
9-93452698								Blanco Encalada 470, Quillota				<i>Documento firmado electrónicamente</i>				
TELÉFONO FAX								DIRECCION				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

MINISTERIO DE SALUD



Nº 3 067999575-8

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																													
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																																																											
6 9 2 6 0 4 0 0										8																				2 2 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 = 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).

19

asistente social

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

REGIMEN PREVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> - LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. CAPITAL -	CALIDAD DEL TRABAJADOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input 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. 0 1 0 9 2 0 0 9 FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO 0 1 0 9 2 0 0 9 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 <input checked="" type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
--	--

C O N S A L U D

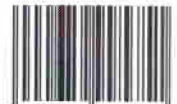
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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. 1-396/80 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	12	2021	30	\$ 0	\$ 2.385.262	\$ 0	0
33	01	2022	30	\$ 0	\$ 2.140.121	\$ 0	0
33	02	2022	30	\$ 0	\$ 2.116.712	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.116.712

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 PUBLICOS	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 : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.
Fecha Otorgamiento : 22-03-2022 11:35 hrs.
Entidad que se pronuncia : CONSALUD
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Ortiz Lizana, Ximena Paola
Rut : 15063005-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 9-93452698

2. Datos Trabajador

Nombre : PAULSEN RIVERA, KATHERINE JEANS
Rut : 14044946-6
Edad : 40
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : EL FALDEO 580 Villa Aconcagua, Quillota
Fecha término : 25-03-2022 Teléfono : 09-50280797
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 22-03-2022 11:35 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 22-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-03-2022 11:14 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: **67999575-8** y código de verificación: **5ed270**

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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067977453-0

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					2 1 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

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).

19

odontologo

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.

2

CÓDIGO - 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.

2

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 1 = SI
 2 = NO

0 2 0 6 2 0 1 5

0 2 0 6 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

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

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067977453-0

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 PERÍODO 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	\$ 2.546.952	\$ 0	0
5	02	2022	30	\$ 0	\$ 2.527.956	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.527.956

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	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		
	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 : LUIS ANDRADE MENDOZA - LUIS EUCLIDES ANDRADE MENDOZA

Fecha Otorgamiento : 21-03-2022 22:00 hrs.

Entidad que se pronuncia : BANMEDICA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : ANDRADE MENDOZA, LUIS
Rut : 24833434-7
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Calle Freire 1551 local 7, Quillota - Tel: 33-2291286

2. Datos Trabajador

Nombre : ALARCON ROMERO, JAIME FELIPE
Rut : 15999759-6
Edad : 37
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 5 Dirección : CARRERA 480, Quillota
Fecha término : 25-03-2022 Teléfono : 09-42282739
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 21-03-2022 22:00 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-03-2022 09:37 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: **67977453-0** y código de verificación: **9c1ca5**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Medica

N°3 Folio: 9707024-5

La COMPH, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa; Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION B:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ASOCIADO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	81803000-0 FONASA		77512891-7	343195
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRABAJADOR	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELATIVO	ACTIVO EVALUACION	RETIRO NO RECEPCION
1- OTORGADA	21-03-22 10:02	10100	60260400-8			

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

COLLAO	VALENZUELA	MARIA VIRGINIA	10539277-8	35	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO

FECHA ESTADO LICENCIA
21 03 22
Dia Mes Año

FECHA ESTADO LICENCIA
21 03 22
Dia Mes Año

N° RETIRO
30

N° DE TIPO EXPLORACION
TRENTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común 2=Patología Maternal Pre y Post Natal 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo
1
PERIODO DE LICENCIA: 1=SI 2=NO
1
FORMA DE OBTENCIÓN: 1=SI 2=NO
1
FORMA DE OBTENCIÓN:

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SELECCIÓN PARA PERIODO DE REPOSO	A=Manana B=Tarde C=Noche
1	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio
DIRECCIÓN PARA ENTREGA DE LICENCIA		
PARCELA SANTA INES 5 QUILLOTA		
TELÉFONO, REPÚBLICA O DE CONTACTO: 978655604		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

QUERRA	DIAZ	ANDRES FELIPE	26038530-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	ANDRESFELIPE_0710@HOTMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

JORGE VALDES PEREZ 2783 BUIN	0	
SECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

ESTADIOS DE APOYO DIAGNOSTICO

A.7 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	EMBA TRASA FODOP
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	

Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

BASTIAS **ZAPATA** **FRANCISCA IR** **19048454 - 8**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

21032022 **21032022** **26** **F**
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO

02 **DOS** _____
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

SAB para hijos/as por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 195 y 200 del C. del Trabajo) y hijos de adopción plena (Ley 18.837)

_____ _____ _____ _____
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

 FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

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

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 DIA MES AÑO

HORA MINUTOS: _____ TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 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/N° DEPTO COMUNA: avenida fernando monkece
1965, villa etalba, Quilota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-67250267

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

LOMELIN **MONROY** **FARIDA ALEJAN** **26949488 - 3**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL: 33-2517704 CORREO ELECTRÓNICO: _____ ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

TELÉFONO/FAX: _____ DIRECCIÓN: Rene Schneider N S/N, Población Enrique Arenas, Quilota *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.

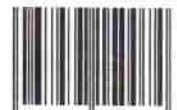


Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067977150-7

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 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
35	12	2021	30	\$ 0	\$ 649.339	\$ 0	0
35	01	2022	30	\$ 0	\$ 671.685	\$ 0	0
35	02	2022	30	\$ 0	\$ 671.685	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

671.685

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		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

 <p style="text-align: center;">JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILOTA</p>
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 067977150-7

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CESFAM San Pedro
Fecha Otorgamiento : 21-03-2022 21:40 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Lomelin Monroy, Farid Alejandro
Rut : 26949488-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Rene Schneider N S/N, Población Enrique Arenas, Quillota - Tel: 33-2517704

2. Datos Trabajador

Nombre : BASTÍAS ZAPATA, FRANCISCA IRLANDA
Rut : 19048454-8
Edad : 26
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 2 Dirección : avenida fernando monkeber 1965, villa el alba, Quillota
Fecha término : 22-03-2022 Teléfono : 09-67250267
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 23-03-2022 13:55 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 23-03-2022 09:31 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: **67977150-7** y código de verificación: **d5244d**

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 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 setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Medica

N°3 Folio: 9721317-8

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR - ESCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
70135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	76125001-4	132468		
ESTAD. LICENSA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO EVALUACION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LEVANTACION
1- OTORGADA	21-03-22 17:41	10100	69260400-8				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SEPULVEDA	ROMO	EDUARDO ANTONIO	9233473-2	40	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO

FECHA CONNULACION
21 03 22 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
21 03 22 Dia Mes Año

N° DE DIA
3

N° DE DIAS EN PALABRAS
TRES

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Perioga Medica Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo		
PROCESAMIENTO LABORAL:	<input checked="" type="checkbox"/> 1=SI 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDIZ:	<input checked="" type="checkbox"/> 2=SI 1=No
FECHA Y HORA SUJETA DEL TRABAJO DEL TRABAJADOR:	<input type="checkbox"/> 1=SI 2=No	TRAFICANTE:	<input type="checkbox"/> 1=SI 2=No
TRABAJO EN LA OCCASION:			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	<input type="checkbox"/> A=Manana B=Tarde C=Noche
UNIDAD DE REPOSO:	<input checked="" type="checkbox"/> 1		
DIRECCION: CALLE 11 SEPTU. COLONIA PAUL HARRIS 290 VILLA ALEMANA			
TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: 0			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ABARCA	VOLANTE	PATRICIA VIVIANA	5770153-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	453025	ABARCAPATRICIA@LIVE.COM.AR
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AVDA. VALPARAISO 645 OF. 10, VILLA ALEMAN # Villa Alemana Chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAJ

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS	

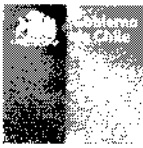
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:

A.7 COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	EDUARDO.SEPULVEDA@SALUDQUILLOTA.CL
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

OK

de



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067900416-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RACIA SOCIAL EMPLEADOR

6 9 2 6 0 4 0 0 - 8

2 1 0 3 2 0 2 2

RUT

TELÉFONO

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

CODIGO COMUNAL USU COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 - AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 - MINAS, PETRÓLEOS Y CANTEPAS
- 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 ESTATA., ES. 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 PARTICIPAR
- 19 - OTRO (ESPECIFICAR)

1 9

TENS

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 - D - 3501 INP.
 2 - D - 3501 AFP

CODIGO 8 LETRA: CAJA PREV.

NOMBRE
 INTERVENC. PREVIDA -

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.

1 0 0 2 2 0 1 6

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA); FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFO 1 - SI
 2 - NO

Contrato de duración indefinida 1 - SI
 2 - NO

1 0 0 2 2 0 1 6

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

LA ARAUCANA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

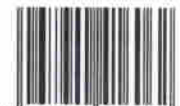


Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 067900416-6

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS 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
B	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.171.406	\$ 0	0
B	01	2022	30	\$ 0	\$ 905.030	\$ 0	0
B	02	2022	30	\$ 0	\$ 801.200	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

801.200

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
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 : 21-03-2022 09:09 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : FLORUS F, MARIE MILSAINTE
Rut : 26531201-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-37804379

2. Datos Trabajador

Nombre : ÁVALOS IBACETA, JESICA VICTORIA
Rut : 17209284-5
Edad : 33
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 **Lugar :** Domicilio
N° Días : 3 **Dirección :** SOTOMAYOR 265 Población: ANTUMAPU, Quillota
Fecha término : 23-03-2022 **Teléfono :** 09-64897623
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 21-03-2022 16:04 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 21-03-2022 11:03 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: **67900416-6** y código de verificación: **a0af50**

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 cometiera 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.

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 0 - 8 TELEFONO 2 1 0 3 2 0 2 2
 RUN 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 C Ó D I G O C O M U N A L U S O C O M P I N
 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).
 ENFERMERA

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 3 4 - LETRA (CAJA PREV)
 NOMBRE INT. PREV. MODELO S.A. -

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 1 = SI
 2 = NO
 Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO

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



N° 3 067905420-1

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 PERÍODO 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
34	12	2021	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
34	01	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
34	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0 0

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

1.242.647

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	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		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

JEFE DE PERSONAL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Fecha Otorgamiento : 21-03-2022 09:53 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 : SOLÍS RODRÍGUEZ, ROSARIO BELÉN
Rut : 19048812-8
Edad : 26
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 1 Dirección : cvalle armando canballero 948, Quillota
Fecha término : 21-03-2022 Teléfono : 09-77615257
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 21-03-2022 18:01 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 21-03-2022 11:08 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: **67905420-1** y código de verificación: **b1b687**

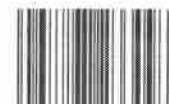
El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067897233-9

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						2 1 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

<p>0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.</p> <p>1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.</p> <p>2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.</p> <p>3 = CONSTRUCCION.</p> <p>4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.</p> <p>5 = COMERCIO.</p> <p>6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.</p> <p>7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.</p> <p>8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.</p> <p>9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 8
--	---------------------------------------

OCUPACION

<p>11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.</p> <p>12 = PROFESOR.</p> <p>13 = OTRO PROFESIONAL.</p> <p>14 = TECNICO.</p> <p>15 = VENDEDOR.</p> <p>16 = ADMINISTRATIVO.</p> <p>17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.</p> <p>18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.</p> <p>19 = OTRO (ESPECIFICAR).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 16
---	--

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

<h4>REGIMEN PREVISIONAL</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV: CAPITAL -</p>	<h4>CALIDAD DEL TRABAJADOR</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input 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>1 0 0 9 2 0 2 0</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<h4>SEGURO DE DESEMPLEO</h4> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p>1 0 0 9 2 0 2 0</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
---	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> C</p> <p>A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR</p>	<h4>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h4> <p><input type="checkbox"/></p> <p>E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR</p>
--	--

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067897233-9

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. 1-3063/00 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	\$ 566.522	\$ 0	0
33	01	2022	30	\$ 0	\$ 490.519	\$ 0	0
33	02	2022	30	\$ 0	\$ 861.799	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

861.799

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 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 067897233-9

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 21-03-2022 08:20 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I, MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : FLORUS F, MARIE MILSAINTE
Rut : 26531201-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-37804379

2. Datos Trabajador

Nombre : AHUMADA ORELLANA, MILZA LUZ
Rut : 11259924-K
Edad : 54
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-03-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 7 **Dirección** : pasje G922 los paltos, Quillpué
Fecha término : 27-03-2022 **Teléfono** : 09-46347110
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada
Fecha Última Modificación : 24-03-2022 23:21 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 21-03-2022 10:58 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-90183 **Causa del Rechazo** :
Fecha Resolución : 23-03-2022 **Pendiente por** :
Desde : 21-03-2022 **Derecho a subsidio** : A
Hasta : 27-03-2022 **Reposo** : Reposo Total
Días Autorizados : 7 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: **67897233-9** y código de verificación: **1f6c3e**

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 067925934-2

OK

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

D I A Z	V I C E N C I O	C L A U D I A A N D R	1 2 5 6 7 8 6 7 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 1 0 3 2 0 2 2	2 2 0 3 2 0 2 2	4 7	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 3	T R E S		
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para hijos con enfermedad grave hijo menor de un año y post-natales (Art. 199 y 200 del D. del Trabajo) y hijos de adopción plena (Ley 18.667)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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 DE TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

REUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO INICIO TRÁMITE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: / /

FECHA DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: / /

TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: / /

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 N° DEPTO. COMUNA: Maravilla 74
Calera

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-93006802

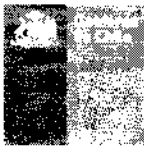
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M I R A N D A	R O J A S	J A V I E R D A V I D	2 6 9 0 5 4 3 4 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
45073-1		MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
09-44260018/		Almirante Latorre 98, Calera	<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



N° 3 067925934-2

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

RUN

- 5

TELEFONO

2 1 0 3 2 0 2 2

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMM/AAAA)

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

CODIGO MUNICIPAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 9 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGROPECUARIOS, 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 PROFESIONA
- 14 = TÉCNICO
- 15 = VENDEDOR
- 16 = ADMINISTRATIVO
- 17 = OBRERO, TRABAJADOR MANUAL
- 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
- 19 = OTRO (ESPECIFICAR)

1 9

periodista

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 - D.L. 3504 INP.
- D.L. 3500 AFP

CODIGO 3 3 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE

INT. PREV. CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.634.
- 2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.634
- 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
- 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

0 1 1 2 2 0 0 2

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMM/AAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFP 2 1 - SI
2 - NO

Control de mudanza (dependiente) 1 2 - SI
2 - NO

0 1 0 1 2 0 1 3

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMM/AAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

C

- A = SERVICIO DE SALUD
- B = ISAPRE
- C = CCA F
- D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 & 6

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

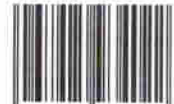
L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 067925934-2

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/90 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	\$ 2.011.997	\$ 0	0
33	01	2022	30	\$ 0	\$ 1.747.936	\$ 0	0
33	02	2022	30	\$ 0	\$ 1.733.987	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,6 UF) para trabajador afiliado a AFC

1.733.987

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
SERVICIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE QUILIQUOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Clínica Los Leones - Clínica Los Leones
Fecha Otorgamiento : 21-03-2022 12:15 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : MIRANDA ROJAS, JAVIER DAVID
Rut : 26905434-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Almirante Latorre 98, Calera - Tel: 09-44260018

2. Datos Trabajador

Nombre : DÍAZ VICENCIO, CLAUDIA ANDREA
Rut : 12567867-K
Edad : 47
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 22-03-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : Maravilla 74, Calera
Fecha término : 24-03-2022 Teléfono : 09-93006802
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 23-03-2022 00:39 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 21-03-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 22-03-2022 12:14 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: **67925934-2** y código de verificación: **305359**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.