



Licencia Medica

N°3 Folio: 10658281-5

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ASOCIADO	CODIGO SISTEMA	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	76651253-5	127118		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRANSACCION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO REDEFICION	TIPO USUARIO
1- OTORGADA	06-06-22 10:25	10100	69260400-8				
51- TRAMITADA PARA CCAF	07-06-22 20:20	10105	69260400-8				
52- VALIDADA POR CCAF	07-06-22 22:19	10105	69260400-8				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALVARADO	SILVA	ADRIANA DEL PILAR	17636335-5	31	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO

FECHA OTORGA LICENCIA

06	06	22
Dia	Mes	Año

FECHA MEDIO DE REPUESTO

06	06	22
Dia	Mes	Año

DE DIAS

21

DE DIAS DE FALTA

VEINTIUNO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1- Enfermedad o Accidente Común
 2- Perroga Medicina Preventiva
 3- Licencia Maternal Pre y Post Natal
 4- Enfermedad Orzava Hijo Menor de 1 año
 5- Accidente del Trabajo o del Trayecto
 6- Enfermedad Profesional
 7- Patología del Embarazo

REQUIRENMIENTO LABORAL 1 2 3 4 5 6 7

RECIBO TRAMITE DE ANALISIS 1 2 3 4 5 6 7

FECHA Y FORMA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 1=SI 2=No

FECHA DE LA OCCURSION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 2 3 4 5 6 7

1=Reposo Laboral Total
 2=Reposo Laboral Parcial
 3=Reposo Domicilio
 4=Reposo Hospital
 5=Reposo Otro Domicilio

UBICACION DEL REPOSO

VILLA CUMBRES DEL VALLE CALLE LOS CONDORES #15 15 LA CRUZ

TELÉFONO PERSONAL O DE CONTACTO: 0

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VELEZ	DIAZ	DR. CIRIO MANUEL	25467733-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

PSIQUIATRIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	410981	CMVD@HOTMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO GUBERNAMENTAL	CORREO ELECTRONICO	

DARDIGNAC 1602 Y AV BERNARDO OHIGGINS # San Felipe Chile	940164150	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
CUADRO CLINICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.7 COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	ADRIANA.ALVARADO.SILVA@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SEGUIMIENTO	EMAIL TRABAJADOR

Licencia Medica

Nº3 Folio: 10658281-5

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 cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.O. No 3/1984.
MINISTERIO DE SALUD

OPERADOR 4

SECCION C- RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD (MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA)		69260400-8	966571956	FALSO / NO SE APLICA / EN CASO VÁLIDAMENTE EMPLEADOR		CÓDIGO CATEGORIAL DEL EMPLEADOR	
C.1.1 NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE CLORINDO VELIZ 520 520		C.1.2 DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE QUILLOTA		C.1.3 FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE 06 06 22 Día Mes Año		C.1.4 CATEGORÍA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE 19 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) TENS	
C.1.5 ACTIVIDAD DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE 1=Agricultura, Silvicultura y Pesca 2=Industria, Artesanía y Minería 3=Industria Manufacturera 4=Construcción 5=Electricidad, Gas y Agua 6=Comercio 7=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 8=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros 9=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 0=Actividad No Especificada				C.1.6 OCUPIACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE 19 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) TENS			

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

C.2.1 RÉGIMEN PREVISIONAL 2 1=D.L. 5501 B/P 2=D.L. 5500 A/F/P CÓDIGO: 1034 LETRA (CAJA) CÓDIGO: 1034 PREV. 2 SOLICITA: MODELO S.A.		C.2.2 TIPO DE TRABAJADOR 2 1=Trabajador sector público afecto a la ley n. 18.204. 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n. 18.204. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador independiente		C.2.3 ESTADO PREVISIONAL 2 1=SI 2=NO CONTRATO DE DURACION: 2 1=SI 2=NO INDEFINIDA	
C.2.4 FECHA INICIO CALIFICACION POR SUBSIDIO 07 06 22 Día Mes Año		C.2.5 FECHA FIN DE CALIFICACION ENTIDAD PREVISIONAL 07 04 20 Día Mes Año		C.2.6 FECHA CONTRATO DE SUBSIDIO 07 04 20 Día Mes Año	
C.2.7 ENTIDAD QUE SERVE PARA LA SUBSIDIO - MANTENEDOR DE LA REMUNERACION C A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador		C.2.8 SUBSIDIO LICENCIA MEDICA 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 público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando correspondan. Las anotaciones del sector público que cubren plaza desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-365/80 además deben registrar remuneraciones en la columna E.

Remuneraciones por días de licencia médica de trabajadores independientes - En caso de licencias maternales (tipo 2) se debe llenar además el recuadro siguiente

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 D.F.L. N. 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR (MÚLTIPLO LICENCIA MEDICA (TOPE 100,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.)
	MES	AÑO	N.º DE DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPORAÇÃO MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 71,1 U.F.)	MONTO	N.º DE DÍAS	
1034	05	2022	30	0	799015	0	0	0
1034	04	2022	30	0	799018	0	0	0
1034	03	2022	30	0	799018	0	0	0

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
2						

ART. 13 - EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA ANTE EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES DE RECEPCIONADO EL DOCUMENTO.

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

DEBE SER FIRMADO Y FECHADO POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.5 COMPLEMENTO

10105	1=SI 2=NO
-------	--------------

CÓDIGO TRABAJADOR

TIPO DE TRABAJADOR

MES AÑO	NOMBRE HABER	MONTO HABER
---------	--------------	-------------

ARCHIVO

TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO
1	VER ARCHIVO



Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071359989-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	H	U	M	A	D	A				P	I	Z	A	R	R	O				K	A	R	E	N	A	N	D	R	E	A				1	7	9	7	7	5	3	8		7
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES			RUN																						
0	5	0	6	2	0	2	2		0	6	0	6	2	0	2	2		3	0		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

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 15.857)

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 2 = SI
 1 = 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 (5) _____

DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO., COMUNA violeta para 138
 Quillota _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-54208264

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

N	A	Z	A	R																M	U	H	A	M	M	A	D					2	6	4	9	8	7	2	6		1
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES			RUN																				
REG. COLEGIO PROFESIONAL									CORREO ELECTRÓNICO									MÉDICINA GENERAL			ESPECIALIDAD																				
9-33385795/									Maipú N, Quillota									<i>Documento firmado electrónicamente</i>			FIRMA PROFESIONAL																				
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



Nº 3 071359989-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I.	MUNICIPALIDAD DE QU
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
6 9 2 6 0 4 0 0	0 5 0 6 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	
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO 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).

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: 3 5 - LETRA (CAJA PREV.) NOMBRE INT. PREV.: UNO -	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. 0 1 0 3 2 0 2 1 FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC: <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI Contrato de duración indefinida: <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN		FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA) 0 1 0 3 2 0 2 1

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> C A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR
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 071359989-1

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. 1.3063/00 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
35	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
35	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
35	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

Remuneración imponible previsual 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 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 recibido 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 071359989-1

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 05-06-2022 13:36 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : nazari, muhammad
Rut : 26498726-1
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 9-33385795

2. Datos Trabajador

Nombre : AHUMADA PIZARRO, KAREN ANDREA
Rut : 17977538-7
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : violeta parra 138, Quillota
Fecha término : 08-06-2022 Teléfono : 09-54208284
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada
Fecha Última Modificación : 08-06-2022 14:17 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 05-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-06-2022 10:16 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-169845 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 07-06-2022 Pendiente por :
Desde : 06-06-2022 Derecho a subsidio : A
Hasta : 08-06-2022 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 3 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: 71359989-1 y código de verificación: 42d9c0

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.

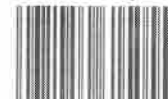


Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 071454615-5

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		0 6 0 6 2 0 2 2
RUN		TELÉFONO	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

8	<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>
----------	--

OCUPACION

19	<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>
TENS	

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

REGIMEN PREVISIONAL

2	<p>1= D.L. 3501 INP.</p> <p>2= D.L. 3500 A.F.P.</p>
CÓDIGO 8	LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. PROVIDA -	

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2	<p>1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.</p> <p>2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.</p> <p>3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.</p> <p>4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.</p>
----------	--

SEGURO DE DESEMPLEO

2	<p>Trabajador afiliado a AFC</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>
2	<p>Contrato de duración indefinida</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>

0 1 0 1 2 0 1 4 0 1 0 1 2 0 1 4

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h7 style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h7> <p><input checked="" type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD</p> <p><input type="checkbox"/> B = ISAPRE</p> <p><input type="checkbox"/> C = C.C.A.E.</p> <p><input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR</p>	<h7 style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h7> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD</p> <p><input type="checkbox"/> F = MUTUAL</p> <p><input type="checkbox"/> G = INP</p> <p><input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR</p>
--	--

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 071454615-5

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 E.

(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	03	2022	30	\$ 0	\$ 849.490	\$ 0	0
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 849.490	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 849.490	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

849.490

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 el trato 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

[Firma]
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 071454615-5

Sucursal : LUIS ANDRADE MENDOZA - LUIS EUCLIDES ANDRADE MENDOZA

Fecha Otorgamiento : 06-06-2022 19:44 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

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 : RAMÍREZ CARRIEL, ABIGAIL ALEJANDRA
Rut : 17977805-K
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 15 Dirección : cuesta la dormida km 19, Olmué
Fecha término : 20-06-2022 Teléfono : 09-82088972
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Válida por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 07-06-2022 16:55 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 06-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-06-2022 13:54 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: **71454615-5** y código de verificación: **3f72ea**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



OK

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V I L L A L O B O S	Z U Ñ I G A	C A M I L A P A Z	1 7 9 9 3 8 0 7 - 3
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
0 6 0 6 2 0 2 2	0 6 0 6 2 0 2 2	3 0	F
<small>FECHA OTORGAMIENTO</small>	<small>FECHA INICIO REPOSO</small>	<small>EDAD</small>	<small>SEXO</small>
0 3	T R E S		
<small>N° DE DÍAS</small>	<small>N° DE DÍAS EN PALABRAS</small>		

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 18.867)

<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
<small>FECHA NACIMIENTO</small>			

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 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO:

DÍA MES AÑO

HORA: MINUTOS: TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN:

MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = 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: LOS ACACIOS PARCELA 10 SANTA OLIVIA QUILLOTA, Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-7742329

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B O N I L L A	N A R A N J O	L U I S A L F O N S	1 4 7 2 6 0 8 3 - 0
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>
09-20173287/	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MEDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
<small>TELÉFONO/FAX</small>	<small>DIRECCIÓN</small>	<small>ESPECIALIDAD</small>	<small>FIRMA PROFESIONAL</small>
	<u>Maipú N, Quillota</u>		<i>Documento firmado electrónicamente</i>

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 071373351-2

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I.												MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																							
69260400						-8								06062022									
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 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).

19

matrona

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 9 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. PLANVITAL -

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 2 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida 2 1 = SI
 2 = NO

2 0 2 2 0 1 8

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 1 7 0 9 2 0 2 1

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

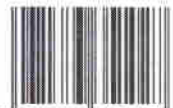


Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 071373351-2

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 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CODIGO 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
29	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.645	\$ 0	0
29	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.735.305	\$ 0	0
29	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.325.550	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.325.550

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

CODIGO 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

[Firma]

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 071373351-2

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 06-06-2022 09:33 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : BONILLA NARANJO, LUIS ALFONSO
Rut : 14726083-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-20173287

2. Datos Trabajador

Nombre : VILLALOBOS ZÚÑIGA, CAMILA PAZ
Rut : 17993807-3
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : LOS ACACIOS PARCELA 10 SANTA OLIVIA QUILLOTA, Quillota
Fecha término : 08-06-2022 Teléfono : 09-77423229
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-06-2022 09:33 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 89260400-8
Fecha de Recepción : 06-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-06-2022 10:57 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: **71373351-2** y código de verificación: **5894b5**

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 Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 071485206-K

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 TELEFONO 0 7 0 6 2 0 2 2
 RUN 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

TENS

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 3 - LETRA (CAJA PREV.)
 NOMBRE
 INT. PREV. CAPITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

2

SEGURO DE DESEMPLEO

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

0 1 1 2 1 9 9 8 FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 0 1 1 2 1 9 9 8 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

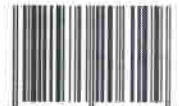
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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. 1-306/90 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
33	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 108,8 UF) para trabajador afiliado a AFC.

1.101.828

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 QUELTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 071485206-K

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 07-06-2022 11:48 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Marcano Bravo, Emmáry Carolina
Rut : 26054972-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 33-2291286

2. Datos Trabajador

Nombre : ESPINOSA GUTIÉRREZ, BLANCA CARINA
Rut : 18310473-K
Edad : 45
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 3 Dirección : poblacion rafael ariztia pasaje 2 casa 120, Quillota
Fecha término : 08-06-2022 Teléfono : 09-74672221
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 07-06-2022 16:54 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 07-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-06-2022 13:44 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: **71485206-K** y código de verificación: **29bc8b**

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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071398281-4

Handwritten signature/initials

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA OTORGAMIENTO

FECHA INICIO REPOSO

EDAD

SEXO

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 18.667)

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

RECUPERABILIDAD 1 = SI 2 = NO
 LABORAL

INICIO TRAMITE 1 = SI 2 = NO
 INVALIDEZ

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: N° DEPTO: COMUNA: CALLE CHACABUCO 960 -TORRE A2
 - DPTO 21, Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-65467131

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL

09-37804379/

TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Maipú N, Quillota

DIRECCIÓN

ESPECIALIDAD

MEDICINA GENERAL

1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

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

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

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

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071398281-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD												MUNICIPALIDAD DE QU															
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																											
69260400						8								C8082522													
RUT						TEL. FONO		FECHA PRIMERA AFILIACIÓN AL FONDO COMUNITARIO (DDMMAAAA)																			
CLORINDO VELIZ												520				DLP C				S7C				QUILLOTA			
DIRECCIÓN DE INSCRIPCIÓN FONDO FONOS TRABAJADOR																											
QUILLOTA																											
COMUNA												CÓDIGO COMUNAL USO COMPA															

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8	<p>0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA</p> <p>1 = MINAS, PETRÓLEO Y CANTERAS</p> <p>2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS</p> <p>3 = CONSTRUCCIÓN</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 TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS</p> <p>8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES</p> <p>9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA</p>
----------	---

OCUPACION

19	<p>1 = EJECUTIVO O DIRECTIVO</p> <p>2 = PROFESOR</p> <p>3 = OTRO PROFESIONAL</p> <p>4 = TECNICO</p> <p>5 = EMPLEADOR</p> <p>6 = ADMINISTRATIVO</p> <p>7 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL</p> <p>8 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR</p> <p>9 = OTRO (ESPECIFICAR)</p>
MEDICO	

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

REGIMEN PREVISIONAL

2	<p>1 = FONDO PREVISIONAL</p> <p>2 = FONDO ALIADO</p>
35	<p>CÓDIGO LETRA (CAJA PREVI)</p>
<p>NOMBRE ENT. PREVI. UNO</p>	

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2	<p>1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 16.254</p> <p>2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 16.254</p> <p>3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO</p> <p>4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>
<p>31032020</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	

SEGURO DE DESEMPLEO

2	<p>Trabajador afiliado a AFO</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>
2	<p>Contrato de duración indefinida</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>
<p>18012021</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>	

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

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

COLMENA																							
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO																							

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Nº 3 071398281-4

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 06-06-2022 12:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : FLORUS F. MAR F. M. SAPPÉ
Rut : 26531201-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N. Quillota - Tel. 09-37894379

2. Datos Trabajador

Nombre : ALBURJAS SUAREZ, DAVID JOSE
Rut : 27141982-1
Edad : 32
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1: Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
Nº Dias : 3 Dirección : CALLE CHACABUCO 900 - TORRE A1 - DPTO 21, Quillota
Fecha Termino : 08-06-2022 Teléfono : 09-65467131
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 06-06-2022 12:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 06-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-06-2022 10:36 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

Nota: el pronunciamiento es para esta licencia

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 71398281-4 y código de verificación: ddd315

El infractor 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.
El infractor por la conducta sancionada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de quince a cuarenta unidades tributarias mensuales. Asimismo, el infractor deberá pagar la multa de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En las mismas circunstancias la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de veinticinco a cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071398281-4

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. 1-3063/80 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
35	03	2022	30	\$ 0	\$ 2.328.420	\$ 0	0
35	04	2022	30	\$ 0	\$ 2.328.420	\$ 0	0
35	05	2022	30	\$ 0	\$ 2.328.420	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.328.420

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

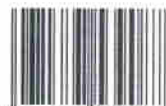
 JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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.

(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
33	03	2022	30	\$ 0	\$ 845.640	\$ 0	0
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 845.640	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 849.490	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

849.490

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 u 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 = SÍ
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 071377539-8

Sucursal : CLÍNICA LOS CARRERA - CLÍNICA LOS CARRERA
Fecha Otorgamiento : 06-06-2022 10:04 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Jofré López, Cristian Alejandro
Rut : 18553157-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : CAUPOLICAN 958, Quilpué - Tel: 9-92023261

2. Datos Trabajador

Nombre : BAHAMÓNDEZ FLORES, CINDY TABATA
Rut : 17635561-1
Edad : 31
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : Calle Goya, 702, Quillota
Fecha término : 08-06-2022 Teléfono : 09-32486838
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-06-2022 10:04 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 06-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-06-2022 11:31 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: **71377539-8** y código de verificación: **901f26**

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 Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 071295213-K

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						0 3 0 6 2 0 2 2		
RUN			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						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN					

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8	<ul style="list-style-type: none"> 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 TÉCNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS. 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES. 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.
----------	---

OCUPACION

1 6	<ul style="list-style-type: none"> 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

2	<ul style="list-style-type: none"> 1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO	3 3 - LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE	INT. PREV. CAPITAL -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2	<ul style="list-style-type: none"> 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. 				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center; vertical-align: middle;">1 5 0 7 2 0 0 3</td> <td style="width: 50px; text-align: center; vertical-align: middle;">1 5 0 7 2 0 0 3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</td> </tr> </table>		1 5 0 7 2 0 0 3	1 5 0 7 2 0 0 3	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)	
1 5 0 7 2 0 0 3	1 5 0 7 2 0 0 3				
FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)					

SEGURO DE DESEMPLEO

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h7 style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h7> <p style="text-align: center;">C</p> <ul style="list-style-type: none"> A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR 	<h7 style="text-align: center;">SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h7> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR
--	---

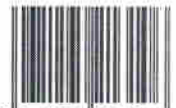
L A A R A U C A N A											
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO											



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.091.704	\$ 0	0
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.094.704	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.091.704	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 100.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

1.091.704

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



Sucursal : SOCIEDAD INMOBILIARIA Y DE PRESTACIONES CLINICAS ASOMEL LIMITADA - SOCIEDAD INMOBILIARIA Y DE PRESTACIONES CLINICAS ASOMEL LTDA

Fecha Otorgamiento : 03-06-2022 10:34 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : PIZARRO LLANO, EDUARDO ENRIQUE
Rut : 8223592-2
Especialidad : Traumatología y Ortopedia
Dirección : Montaña 853, oficina 21, Viña del Mar - Tel: 32-2577657

2. Datos Trabajador

Nombre : VERA SUAZO, LUIS FERNANDO
Rut : 8058108-4
Edad : 63
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Dias : 15 Dirección : los acasios 66 la palma, Quillota
Fecha término : 20-06-2022 Teléfono : 09-96992423
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 03-06-2022 10:34 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 03-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-06-2022 13:40 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: **71295213-K** y código de verificación: **b86819**

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 Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071392506-3

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 0 6 0 6 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):

1 6

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. No cotiza A.F.P. -

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

1 5 0 1 2 0 1 8 1 5 0 1 2 0 1 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

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



N° 3 071392506-3

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	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
-1	03	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0
-1	04	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0
-1	05	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

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

799.018

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

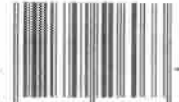
TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

[Firma]
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 071392506-3

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 06-06-2022 11:37 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : MONTAÑO ARBOLEDA, ROLANDO ANTHONY
Rut : 24284527-7
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 9-74805796

2. Datos Trabajador

Nombre : OLMEDO ORTIZ, JOSÉ LUIS
Rut : 8234767-4
Edad : 57
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1: Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : JOAQUIN HUERTAS 330, MIRAFLORES, Viña del Mar
Fecha término : 08-06-2022 Teléfono : 09-96493650
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-06-2022 11:37 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 06-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-06-2022 11:48 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

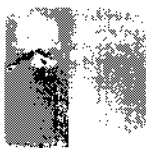
Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **71392506-3** y código de verificación: **168cda**

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 seiscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 071312721-3

Handwritten signature

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Z A M O R A	A R A N C I B I A	S A R A L U I S A	9 5 9 2 1 9 6	5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
R U N		R U N		
0 3 0 8 2 0 2 2	0 6 0 6 2 0 2 2	5 9	F	
FECHA OTORGAMIENTO		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

Substancia de la Ley de Enfermedad Grave hijo menor de un año y post natal (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		R U N	
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
 TRABAJADOR 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 (s): _____

DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO. COMUNA ORIGINS 1338

Quilota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-97610992

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

V A R E I A	V I L L A R	M A R C E L O P A T	8 1 8 3 5 4 6	2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
R U N		R U N		
MEDICINA GENERAL		1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA		
33-3352270	AV. CONDELL 356, Quilota	<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 071312721-3

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD										MUNICIPALIDAD DE QU														
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																								
69260400					- 8										03062022									
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)														
CLORINDO VELIZ										520 DEPTO.					520					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"/> 16
---	--

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>	<p>CÓDIGO <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> - LETRA (CAJA PREV)</p>
<p>NOMBRE INT. PREV. PROVIDA -</p>	

CALIDAD DEL TRABAJADOR

<p>1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.</p>	<p>01062020</p>
<p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>	

SEGURO DE DESEMPLEO

<p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</p>	<p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO</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																			
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO																			



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. 1-3083/80 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	03	2022	30	\$ 0	\$ 648.581	\$ 0	0
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 602.908	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 648.581	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

648.581

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

 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 071312721-3

Sucursal : MARCELO PATRICIO VARELA VILLAR - MARCELO PATRICIO VARELA VILLAR

Fecha Otorgamiento : 03-06-2022 13:06 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : VARELA VILLAR, MARCELO PATRICIO
Rut : 8183546-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : AV. CONDELL 356, Quillota - Tel: 33-2352270

2. Datos Trabajador

Nombre : ZAMORA ARANCIBIA, SARA LUISA
Rut : 9592196-5
Edad : 59
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : OHIGGINS 1339, Quillota
Fecha término : 10-06-2022 Teléfono : 09-97810992
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 03-06-2022 13:06 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 03-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-06-2022 14:23 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: 71312721-3 y código de verificación: **634fd5**

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.