



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072125013-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G O M E Z	A H U M A D A	J O S É A N T O N I O	1 6 2 8 8 3 6 1 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 7 0 6 2 0 2 2	1 6 0 6 2 0 2 2	3 6	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 2	D O 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 18.867)

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

1

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

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA MES AÑO

HORA MINUTOS TRAYECTO: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL: A = MAÑANA / B = TARDE / C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO / 2 = HOSPITAL / 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____

DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA LOS CAPACHITOS 811 PSJE

FLORES SILVESTRES, Limache

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-84621148

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A R C O S	V E R G A R A	C A M I L A A N D R E	1 8 5 8 2 1 8 4 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	Riquelme 296, Valparaíso	ESPECIALIDAD	
09-63203066/	DIRECCIÓN		<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL
TELÉFONO/FAX			

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

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

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



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

6 9 2 6 0 4 0 0 - 8 1 7 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 AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
- 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
- 3 = CONSTRUCCIÓN.
- 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
- 5 = COMERCIO.
- 8 = 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

TECNICO PARAMEDICO

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 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 7 0 1 2 0 1 1

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

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

1 7 0 1 2 0 1 1

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

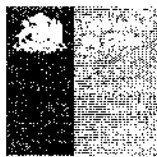
C = A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

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



Nº 3 072125013-K

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, E Y F CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR PARA EL SECTOR PÚBLICO Y A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES A LA QUE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS DE LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN AL PERÍODO SUBSECUENTE (ARTÍCULO 19 DE LA LEY)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	IMPORTE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	CANTIDAD DE REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA FONDOS DE SALUD (LEY 17.247)	MONTO	DÍAS
33	03	2022	30	\$ 0	\$ 876.126	\$ 0	0
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 876.126	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 876.126	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional mes anterior mes de licencia médica (Ley 17.247) UF: para trabajador afiliado a AFC

876.126

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES A LA QUE CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS DE LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN AL PERÍODO SUBSECUENTE (ARTÍCULO 19 DE LA LEY)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	DÍAS	IMPORTE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	CANTIDAD DE REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA FONDOS DE SALUD (LEY 17.247)	MONTO	DÍAS

La información debe corresponder a los meses anteriores al cumplimiento de los meses que preceden al inicio de la licencia médica según se trate de trabajador dependiente o independiente.

Las remuneraciones imputadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

2 - 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 recepción del documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

[Handwritten Signature]

Nombre: _____

Apellido: _____

Identificación: _____

ADJER: FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072125013-K

Sucursal : SOCIEDAD MEDICA MASSARDO LIMITADA - SOCIEDAD MEDICA MASSARDO LIMITADA

Fecha Otorgamiento : 17-06-2022 16:10 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Arcos Vergara, Camilla Andrea
Rut : 18582184-6
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Riquelme 296, Valparaíso - Tel. 09-63203066

2. Datos Trabajador

Nombre : GÓMEZ AHUMADA, JOSÉ ANTONIO
Rut : 16288361-5
Edad : 36
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 2 Dirección : LOS CAPACHITOS 811, PSJE FLORES SILVESTRES, Limache
Fecha término : 17-06-2022 Teléfono : 09-84621148
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago CCAF
Fecha Última Modificación : 22-06-2022 17:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 17-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-06-2022 13:36 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-187641 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 22-06-2022 Pendiente por :
Desde : 16-06-2022 Derecho a subsidio : A
Hasta : 17-06-2022 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 2 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: **72125013-K** y código de verificación: **af609d**

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 seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072017124-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I.										MUNICIPALIDAD DE QU														
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																								
6 9 2 6 0 4 0 0					- 8										1 6 0 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 AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
 3 = CONSTRUCCION.
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
 5 = COMERCIO
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
 12 = PROFESOR.
 13 = OTRO PROFESIONAL.
 14 = TECNICO.
 15 = VENDEDOR.
 19 = ENFERMERA
 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 = D.L. 3501 INP.
 1 = D.L. 3501 INP.
 2 = D.L. 3500 A.F.P.
 CÓDIGO 8 - LETRA (CAJA PREV)
 NOMBRE
 INT. PREV. PROVIDA -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.
 1 5 1 2 2 0 0 5

SEGURO DE DESEMPLEO

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

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 = C.C.A.E.
 A = SERVICIO DE SALUD
 B = ISAPRE
 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 072017124-4

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. 1-3063/99 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
8	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.242.647	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0	0
---	---

Remuneración imponible previsional 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)

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



N° 3 072017124-4

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 09:15 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 : CRUZ GUZMÁN, PRISCILA YOHANNA
Rut : 16755490-3
Edad : 34
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Dias : 3 **Dirección** : Esmeralda 769, Calera
Fecha término : 18-06-2022 **Teléfono** : 09-62055716
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-06-2022 17:30 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 16-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-06-2022 14:18 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: **72017124-4** y código de verificación: **8f2ff5**

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



N° 3 071964675-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69260400 - 8 TELEFONO: 15062022

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

TENS

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.

CÓDIGO: 5 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE: _____
INT. PREV. HABITAT - _____

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1= SI
2= NO

Contrato de duración indefinida 1= SI
2= NO

0 3 0 4 2 0 1 7 0 3 0 4 2 0 1 7

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

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

C

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 071964675-1

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
5	03	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

899.947

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN 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)

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



N° 3 071964675-1

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 15-06-2022 11:55 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : ZUMARAN IBACACHE, ROMYNA FERNANDA
Rut : 17754451-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-84591111

2. Datos Trabajador

Nombre : GUZMÁN CORONADO, KELLY VALESKA
Rut : 16965177-9
Edad : 33
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 2 Dirección : pje armengol perez marin 2117, Quillota
Fecha término : 17-06-2022 Teléfono : 09-98383239
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 15-06-2022 16:42 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 15-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 15-06-2022 13:09 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: **71964675-1** y código de verificación: **b7f93e**

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

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

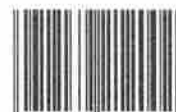
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales. Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072139212-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ÓRDENES	ESTAY	MACARENA EST	17978893 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
17062022	16062022	30 F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
07	SIETE		
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 (Lay 18.887)

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.

1

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SÍ / 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 = SÍ / 1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO:

DÍA MES AÑO

HORA MINUTOS: TRAYECTO 1 = SÍ / 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: pje los amigos, 27, la palma.

Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-75484732

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

LOMELIN	MONROY	FARIDA ALEJAN	26949488 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA
33-2517704/	Rene Schneider N S/N, Población Enrique Arenas, Quillota	ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL

Documento firmado electrónicamente

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

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

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



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072139212-0

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. 1-3063/00 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B. (INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DÍAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DÍAS)

% DESAHUCIO
0 0

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

1.628.019

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

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DÍAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (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

Table with columns: TOTAL DIAS, DESDE (DÍA, MES, AÑO), HASTA (DÍA, MES, AÑO)

Signature and stamp: 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 072139212-0

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CESFAM San Pedro

Fecha Otorgamiento : 17-06-2022 23:10 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 : ÓRDENES ESTAY, MACARENA ESTEFANÍA
Rut : 17978893-4
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 7 Dirección : pje los amigos, 27, la palma, Quillota
Fecha término : 22-06-2022 Teléfono : 09-75484732
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago CCAF
Fecha Última Modificación : 22-06-2022 17:17 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 17-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-06-2022 14:49 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-187783 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 22-06-2022 Pendiente por :
Desde : 16-06-2022 Derecho a subsidio : A
Hasta : 22-06-2022 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: **72139212-0** y código de verificación: **e09761**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072062388-9

de
1/4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C	A	T	A	L	Á	N				S	Á	N	C	H	E	Z				I	V	A	N	N	I	A	A	N	T	O				1	8	4	2	1	1	3	9	-	4
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																			
1	6	0	6	2	0	2	2			1	6	0	6	2	0	2	2			2	8									F													
FECHA OTORGAMIENTO									FECHA INICIO REPOSO									EDAD			SEXO																						
0	1								U	N	O																																
N° DE DÍAS									N° DE DÍAS EN PALABRAS																																		

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.857)

APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN															
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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 2 = NO	INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO												
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO											
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO												
FECHA DE LA CONCEPCIÓN:	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MES</td><td>AÑO</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							MES	AÑO				
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 B = TARDE 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>PAMPLONA 1953.</u>	
Quilota _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-32506516</u>	

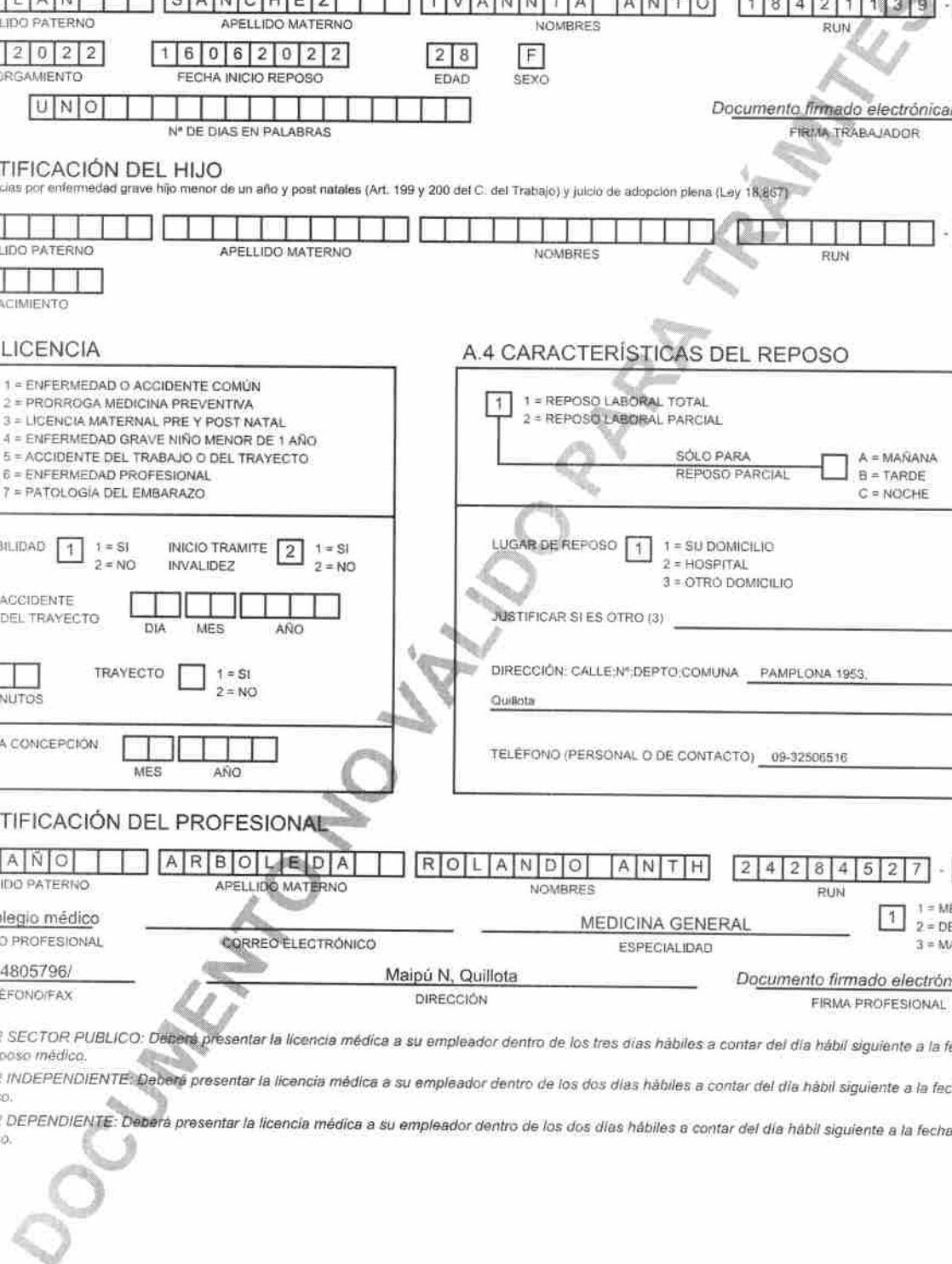
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

M	O	N	T	A	Ñ	O				A	R	B	O	L	E	D	A			R	O	L	A	N	D	O	A	N	T	H				2	4	2	8	4	5	2	7	-	7
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO									NOMBRES						RUN																			
Número colegio médico									CORREO ELECTRÓNICO									MEDICINA GENERAL						<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA																			
REG. COLEGIO PROFESIONAL																		ESPECIALIDAD						FIRMA PROFESIONAL																			
<u>9-74805796/</u>																		<u>Maipú N, Quillota</u>						<i>Documento firmado electrónicamente</i>																			
TELÉFONO/FAX																		DIRECCIÓN																									

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

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

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





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072062388-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

D E P A R T A M E N T O												D E S A L U D												I .												M U N I C I P A L I D A D												D E												Q U											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																																																																							
6 9 2 6 0 4 0 0						8								1 6 0 6 2 0 2 2																																																									
R.U.N						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.

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).

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 PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.
 0 1 0 3 2 0 1 7
 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
 2 = NO
 Contrato de duración indefinida 1 = SI
 2 = NO
 1 6 0 3 2 0 2 0
 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

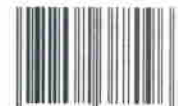


Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072062388-9

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. 1-3063/80 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°44.1973)		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
29	03	2022	30	\$ 0	\$ 648.581	\$ 0	0
29	04	2022	30	\$ 0	\$ 602.908	\$ 0	0
29	05	2022	30	\$ 0	\$ 648.581	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional más 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°44.1973)		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 efectivizados trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

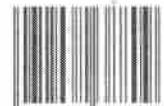
2 1 = SI
2 = NO

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 QUILICÓ...
<small>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</small>

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072062388-9

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 16:34 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 : CATALÁN SÁNCHEZ, IVANNIA ANTONELLA
Rut : 18421139-4
Edad : 28
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Dias : 1 **Dirección** : PAMPLONA 1953, Quillota
Fecha término : 16-06-2022 **Teléfono** : 09-32506516
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente
Fecha Última Modificación : 16-06-2022 21:22 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 16-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-06-2022 17:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72062388-9** y código de verificación: **f01f84**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072017385-9

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

RUN

TELEFONO

1 6 0 6 2 0 2 2

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

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

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Q U I L L O T A

COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
- 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
- 3 = 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

OCUPACIÓN

- 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).

1 9

MEDICO

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP.
2 = D.L. 3500 AFP

CÓDIGO 5 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

2

0 7 1 0 2 0 1 4

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 2 1 = SI
2 = NO

0 7 1 0 2 0 1 4

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

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

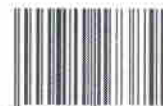


Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072017385-9

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 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	03	2022	30	\$ 0	\$ 2.511.234	\$ 0	0
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 2.511.234	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 2.511.234	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.511.234

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 2 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



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 09:18 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : PEREZ ROCA, EMILIO
Rut : 19049043-2
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 9-61400863

2. Datos Trabajador

Nombre : VINALS PUPO, ANA MARIA
Rut : 24368529-K
Edad : 56
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : PINTOR MAURICIO RUGENDAS 1515, Quillota
Fecha Término : 18-06-2022 Teléfono : 09-52124001
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 17-06-2022 04:02 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 16-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 16-06-2022 14:23 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 3-72017385 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 16-06-2022 Pendiente por :
Desde : 16-06-2022 Derecho a subsidio : A
Hasta : 18-06-2022 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: **72017385-9** y código de verificación: **4a8104**

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 072069183-3

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

T A P I A				C O R R E A				P A T R I C I A P A M				1 0 4 7 0 6 4 7				9
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
1 6 0 6 2 0 2 2				1 7 0 6 2 0 2 2				5 8		F						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
3 0		T R E I N T A														
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS														

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
FECHA NACIMIENTO																

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE N° DEPTO. COMUNA POB. R. CATOLICOS PS. JE NAVARRA	
969, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-56070355	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A R M I J O				M U Ñ O Z				J O S É F E R N A N D				1 4 4 1 7 4 2 4				0
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
22255-0								NEUROLOGÍA								1
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
09-922089471				PUDETO 311, Quillota												<i>Documento firmado electrónicamente</i>
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN												FIRMA PROFESIONAL

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

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

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



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072069183-3

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

D E P A R T A M E N T O										D E										S A L U D										I .										M U N I C I P A L I D A D										D E										Q U									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																																																					
6 9 2 6 0 4 0 0					- 8										1 6 0 6 2 0 2 2																																																						
RUTN					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 9

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 - 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

1 5 1 0 1 9 8 8

1 5 1 0 1 9 8 8

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

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

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

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072069183-3

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. 1-3063/90 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 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	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.442.921	\$ 0	0
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.442.921	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.442.921	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.442.921

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

	<p>JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILLAVUA</p>
<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>	

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : JOSE ARMIJO MUÑOZ - JOSE FERNANDO ARMIJO MUÑOZ
Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 17:49 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : ARMIJO MUÑOZ, JOSÉ FERNANDO
Rut : 14417424-0
Especialidad : NEUROLOGÍA
Dirección : PUDETO 311, Quillota - Tel: 09-92208947

2. Datos Trabajador

Nombre : TAPIA CORREA, PATRICIA PAMELA
Rut : 10470647-9
Edad : 58
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-06-2022 Lugar : Domicilio
N° Días : 30 Dirección : POB.R.CATOLICOS PSJE NAVARRA 969, Quillota
Fecha término : 16-07-2022 Teléfono : 09-56070355
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 16-06-2022 17:49 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 16-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-06-2022 10:56 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: 72069183-3 y código de verificación: **c53c3c**

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

Nº3 Folio: 10833904-7

La COMFEN, 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 31984. MINISTERIO DE SALUD

OPERADGR-4

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLACADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD			RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96858780-2 : CONSALUD (ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD)			76948151-6	230178
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DE VULNERACION	MOTIVO NO RECERCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	16-06-22 19:02	10100	69260400-8				
5- TRAMITADA	17-06-22 22:12	10100	69260400-8				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

URTUBIA	CARRASCO	CATALINA ANDREA	18582146-3	27	F
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
		RUT		EDAD SEXO	

FECHA EMISION LICENCIA
16 06 22
Dia Mes Año

FECHA INICIO REPOSO
17 06 22
Dia Mes Año

Nº DE NITS
1

Nº DE DIAS EN PLAZAS
UND

A.3 TIPO DE 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 Hijo Menor de 1 año 5-Accidente del Trabajo o del Trayecto 6-Enfermedad Profesional 7-Patología del Embarazo	<input type="checkbox"/> 2 1- SI 2- No	<input type="checkbox"/> 2 1- SI 2- No
RECURRENTE POR LABORES: <input checked="" type="checkbox"/> 1		
FECHA Y HORAS FUENTES DEL TRABAJO DEL TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1- SI <input type="checkbox"/> 2- No		
FECHA DE LA SOLICITUD:		

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 1- Reposo Laboral Total 2- Reposo Laboral Parcial	SELECCIONA REPOSO PARCIAL: <input type="checkbox"/> A- Mañana <input type="checkbox"/> B- Tarde <input type="checkbox"/> C- Noche
FECHA DE REPOSO: <input checked="" type="checkbox"/> 1	1- Su Domicilio 2- Hospital 3- Otro Domicilio
DIFERENCIAR SI ES OTRO DIA:	
DIRECCION CALLE Y DEPOSIETANCA O'HIGGINS 1338 QUILLOTA	
TELEFONO PERSONAL DE CONTACTO 77977262	
FIRMADO ELECTRONICAMENTE FIRMAR EN PLAZAS	

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

AGURTO	VALDES	JOSÉ LUIS	18539173-6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRES	
		RUT	

SIN ESPECIALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1-Medico <input type="checkbox"/> 2-Dentista <input type="checkbox"/> 3-Matrona	718586	JOSE.AGURTO@UG.UCHILE.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AV. MANQUEHUE SUR 350, OFICINA 201 Las Condes Chile	941148223	
DIRECCION	TEL (OTRO)	FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.7 COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	CURTUBIACARRASCO@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



Licencia Medica

N°3 Folio: 10833904-7

OPERADOR 4

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.
MINISTERIO DE SALUD

SECCION C- RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD (MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA)		80200400-8	366571950	TEL: (74) 7700000 - (2) 2000 0000 (1) 4000 0000	ANEXO FORMAS PREPAGADA
NOMBRE: CLORINDO VELIZ DNI: 520		DIRECCION: QUILLOTA		FECHA DE EMISION: 17 06 22 Dia Mes Año	
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, Profesionales y Otros 8-Servicios Estatales, Sociales, Poveedores e Internacionales 9-Actividad No Especificada			10- Ejecutivo o Directivo 11- Profesor 12- Otro Profesional 13- Técnico 14- Operario 15- Fondador 16- Administrativo 17- Operario, Trabajador Manual 18- Trabajador de Casa Particular 19- Otro (Especificar)		
CATEGORIA: MEDICO					

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

REGIMEN PREVISIONAL 1-D.L. 3501 INP 2-D.L. 2500 A.F.P. CODIGO: 1034 LETRA (CAJA): PREVI: MODELO O S.A.:	ENTIDAD PAGADORA 1- Trabajador sector publico afecto a la ley n° 16.834 2- Trabajador sector publico no afecto a la ley n° 16.834 3- Trabajador dependiente sector privado 4- Trabajador independiente	TIPO DE TRABAJADOR TRABAJADOR AFILIADO A AFC: 2- SI / 1- NO CONTRATO DE DURACION: 2- SI / 1- NO INDEPENDIA: 2- SI / 1- NO
FECHA DE EMISION DE LA LICENCIA: 17 06 22	FECHA DE INICIO DEL PERIODO DE TRABAJO: 01 02 19	FECHA DE TERMINACION DEL PERIODO: 09 06 20
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANEJO DE LA SUBSIDIACION: A- Servicio de Salud B- Isapre C- C.A.F. D- Empleador	ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANEJO DE LA SUBSIDIACION: E- Servicio de Salud F- Mutual G- INP H- Empleador	

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

ISAPRE

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar remuneraciones en las columnas C, D y E, cuando corresponda. Los trabajadores del sector publico que cobren para desempleo y aquellos trasladados en virtud del D.F.L. 1-306390 adscritos deben registrar remuneraciones en la columna B.

(N) INFORMACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: EN CASO DE TRABAJADORAS MA FEMALES (+) IPO Y (+) PREPAGADA DEBEN ASIGNAR EL CHECKING SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 D.F.L. N 44; 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		REMUNERACION IMPONIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 100,0 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.
	MESES	ANOS	N DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPORACION MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 7X2 U.F.)	MONTO	N DE DIAS	
	A			B	C	D	E	
1034	05	2022	30	0	1164211	0	0	\$ 1164211
1034	04	2022	30	0	1126973	0	0	
1034	03	2022	30	0	1126973	0	0	

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MESES	ANOS	DIA	MESES	ANOS

2- SI / 1- NO

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

FIRMA ELECTRONICA

C.C. COMPLEMENTO

10100	1- SI / 2- NO
-------	---------------

CODIGO TRANSACCION

TIENEN MAS DE UN TRABAJADOR

BOLETA	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 072084729-9

de
19

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B R I T O **D O N O S O** **M A R C E L O H O R A** **1 1 3 8 8 2 9 7** - **2**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

1 7 0 6 2 0 2 2 **1 7 0 6 2 0 2 2** **5 2** **M**
 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 18.867)

_____ _____ _____ _____ - _____
 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 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 Instituto 536 - Villa Paraiso, Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-94960800

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R I V E R A **P A Z** **J O R G E L U I S** **2 4 9 6 9 0 8 2** - **1**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

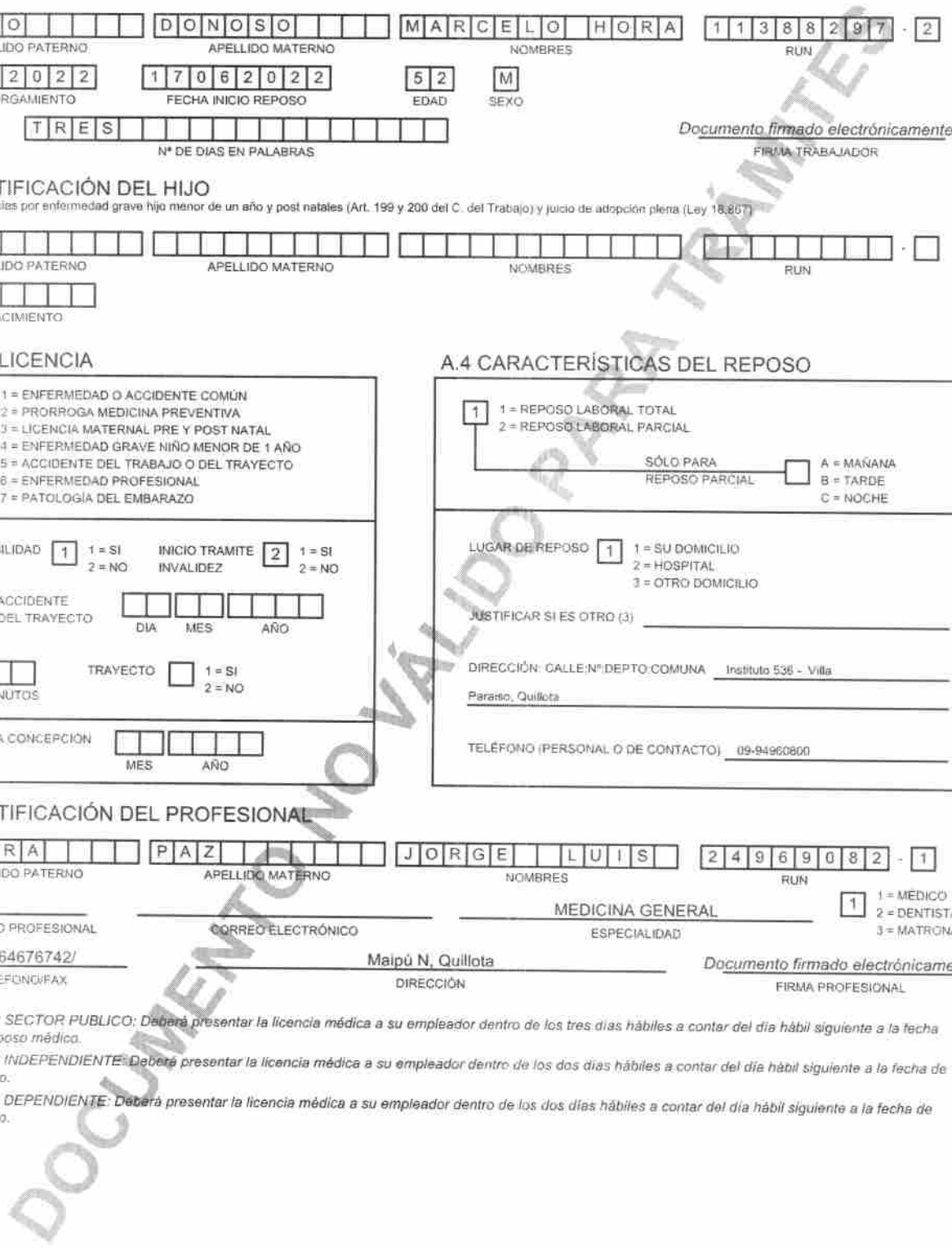
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
 09-964678742/ _____ **MEDICINA GENERAL** _____

TELÉFONO/FAX Dirección *Documento firmado electrónicamente*
 _____ **Maipú N, Quillota** 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



Nº 3 072084729-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69260400 - 8

TELÉFONO: 17062022

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

C L O R I N D O V E L I Z S 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 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.

OCUPACION

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

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: 33 - 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.

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA): 20082018

SEGURO DE DESEMPLEO: Trabajador afiliado a AFC: 1 = SI 2 = NO. Contrato de duración indefinida: 1 = SI 2 = NO.

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): 20082018

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 072084729-9

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. 1-3063/90 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 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
33	03	2022	30	\$ 0	\$ 748.549	\$ 0	0
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 748.549	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 748.549	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 100,8 UF) para trabajador afiliado a AFC

748.549

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 último 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

 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	<p style="color: blue; font-weight: bold;">JEFE DE PERSONAL</p> <p style="color: blue; font-weight: bold;">DEPTO. DE SALUD</p> <p style="color: blue; font-weight: bold;">MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA</p>
---	---

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 17-06-2022 09:09 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : RIVERA PAZ, JORGE LUIS
Rut : 24969082-1
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-964676742

2. Datos Trabajador

Nombre : BRITO DÓNOSO, MARCELO HORACIO
Rut : 11388297-2
Edad : 52
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-06-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 3 **Dirección** : Instituto 536 - Villa Paraiso, Quillota
Fecha término : 19-06-2022 **Teléfono** : 09-94960800
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 17-06-2022 09:09 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 17-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-06-2022 11:42 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: **72084729-9** y código de verificación: **b4c239**

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 fuera 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



du

1/9

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA	CANALES	MARÍA VERÓN I	1 1 5 2 0 0 8 4 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
1 7 0 6 2 0 2 2	1 7 0 6 2 0 2 2	5 2	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
D 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 18.667)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	<ul style="list-style-type: none"> 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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">DÍA</td> <td style="font-size: 8px;">MES</td> <td style="font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO					
HORA MINUTOS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">HORA</td> <td style="font-size: 8px;">MINUTOS</td> </tr> </table>			HORA	MINUTOS		
HORA	MINUTOS						
TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO						
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">MES</td> <td style="font-size: 8px;">AÑO</td> <td></td> </tr> </table>				MES	AÑO	
MES	AÑO						

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	<ul style="list-style-type: none"> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input 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 Instituto 536 - Villa	
Paraiso, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-94112378	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

RIVERA	PAZ	JORGE LUIS	2 4 9 6 9 0 8 2 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
09-964676742/		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL	
	Maipú N, Quillota	Documento firmado electrónicamente	

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

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

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



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072084414-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU																			
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR																			
6 9 2 6 0 4 0 0					- 8										1 7 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

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS.
- 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
- 3 = CONSTRUCCIÓN.
- 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
- 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
- 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

OCUPACION

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

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: 5 - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. / HABITAT -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC: 1 = SI
 2 = NO

Contrato de duración indefinida: 1 = SI
 2 = NO

0 1 0 1 2 0 0 2

0 1 0 1 2 0 0 2

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

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

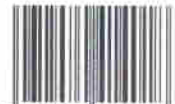
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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. 1-3993/90 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
5	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 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 = 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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

	<p>JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUELLOTA</p>
<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>	

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072084414-1

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha
Fecha Otorgamiento : 17-06-2022 09:05 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : RIVERA PAZ, JORGE LUIS
Rut : 24969082-1
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-964676742

2. Datos Trabajador

Nombre : VALENZUELA CANALES, MARÍA VERÓNICA
Rut : 11520084-4
Edad : 52
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-06-2022 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 3 **Dirección** : Instituto 536 - Villa Paraiso, Quillota
Fecha término : 19-06-2022 **Teléfono** : 09-94112378
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 17-06-2022 09:05 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8
Fecha de Recepción : 17-06-2022
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-06-2022 11:37 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: **72084414-1** y código de verificación: **5415c6**

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 cometero 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.