





Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072276240-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Form fields for identification: DEPARTAMENTO DE SALUD I., MUNICIPALIDAD DE QU... RAZON SOCIAL EMPLEADOR: 69260400-8, TELEFONO: 22062022, FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA... CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520, QUIULLOTA, COMUNA, CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

Activity list: 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. Selected: 8

OCUPACION

Occupation list: 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). Selected: 19 MEDICO

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

REGIMEN PREVISIONAL

Regimen options: 1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P. Selected: 2. CODIGO: 34. LETRA (CAJA PREV): -. NOMBRE: INT. PREV. MODELO S.A. -

CALIDAD DEL TRABAJADOR

Quality options: 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. Selected: 2

SEGURO DE DESEMPLEO

Insurance options: Trabajador afiliado a AFC. 1 = SI, 2 = NO. Contrato de duración indefinida. 1 = SI, 2 = NO. Selected: 2, 1

01092014 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) 01092014 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

Subsidio Tipo 1-2-3-4 o 7 options: A = SERVICIO DE SALUD, B = ISAPRE, C = C.C.A.E, D = EMPLEADOR. Selected: B

Subsidio Tipo 5 o 6 options: E = SERVICIO DE SALUD, F = MUTUAL, G = INP, H = EMPLEADOR. Selected: F

BANMEDICA NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DIAGONAL WATERMARK: DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072276240-1

### 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. 1.306/80 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 D.F.L. N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
34	03	2022	30	\$ 0	\$ 2.527.955	\$ 0	0
34	04	2022	30	\$ 0	\$ 2.527.955	\$ 0	0
34	05	2022	30	\$ 0	\$ 2.527.955	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.527.955

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 D.F.L. 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 QUELLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



**Sucursal** : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha  
**Fecha Otorgamiento** : 22-06-2022 12:17 hrs.  
**Entidad que se pronuncia** : BANMEDICA  
**Empleador** : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional** : LAZO MIRANDA, PAMELA SANDRA  
**Rut** : 9745086-2  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL  
**Dirección** : Maipú N, Quillota - Tel: 09-5439147

## 2. Datos Trabajador

**Nombre** : CARVAJAL CARLOS, KATHERINE ESTER  
**Rut** : 16593742-2  
**Edad** : 34  
**Sexo** : Femenino  
**Tipo Licencia** : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio** : 20-06-2022  
**N° Días** : 3  
**Fecha término** : 22-06-2022  
**Tipo** : Reposo Total  
**Lugar** : Domicilio  
**Dirección** : Chacabuco 960 Block A7 dpt 24, Quillota  
**Teléfono** : 09-97992897

## 4. Estado de la licencia

**Estado** : Tramitada por Empleador  
**Fecha Última Modificación** : 22-06-2022 12:17 hrs.  
**Motivo Anulación** :  
**Motivo Rechazo** :  
**Motivo Devolución** :

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador** : 69260400-8  
**Fecha de Recepción** : 22-06-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento** : 22-06-2022 13:30 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72276240-1** y código de verificación: **2646b5**

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





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072169815-7

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
692604000				- 8						20062022	
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

8  
 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

1  6  
 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

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

##### SEGURO DE DESEMPLEO

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

2  2  0  2  2  0  2  1  
 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

**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 072169815-7

### CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3083/80 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
B	03	2022	30	\$ 0	\$ 559.976	\$ 0	0
B	04	2022	30	\$ 0	\$ 559.976	\$ 0	0
B	05	2022	30	\$ 0	\$ 559.976	\$ 0	0

**% DESAHUCIO**

0	0
---	---

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

559.976

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

  
**JEFE DE PERSONAL**  
**DEPTO. DE SALUD**  
**MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Municipalidad de Quillota DESAM CES Miguel Concha  
Fecha Otorgamiento : 20-06-2022 09:58 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 : DÍAZ OGAZ, SONIA EVELYN  
Rut : 16539670-7  
Edad : 35  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Dias : 7 Dirección : merced 175 V9 d/12 quillota, Quillota  
Fecha término : 26-06-2022 Teléfono : 09-78249092  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

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

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 20-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-06-2022 16:11 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-188037 Causa del Rechazo :  
Fecha Resolución : 22-06-2022 Pendiente por :  
Desde : 20-06-2022 Derecho a subsidio : A  
Hasta : 26-06-2022 Reposo : Reposo Total  
Dias Autorizados : 7 días Dias previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 72169815-7 y código de verificación: 7a769a

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

Si el que 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 ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072222534-1

### SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ELGUETA	GOMEZ	CAMILA VANES	17209431	7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
20062022	20062022	33	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
05	CINCO			
N° DE DIAS	N° DE DIAS 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

1

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 (3): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: Los Lucumos 1140, BLOCK 31, DEPTO. E., Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 08-72345392

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

VARELA	VILLAR	MARCELO PAT	8183546	2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO, <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA, <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
33-2352270/	AV. CONDELL 356, Quillota	ESPECIALIDAD		
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN			<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL

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

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

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072222534-1

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

19

ENFERMERA

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO  5  - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
 INT. PREV. HABITAT -

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
 2 = NO

0 7 0 4 2 0 1 4

0 7 0 4 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 REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

B A N M E D I C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072222534-1

## 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.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	03	2022	30	\$ 0	\$ 1.746.691	\$ 0	0
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.746.691	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.746.691	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.746.691
-----------

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

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

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 07222534-1

Sucursal : MARCELO PATRICIO VARELA VILLAR - MARCELO PATRICIO VARELA VILLAR

Fecha Otorgamiento : 20-06-2022 18:35 hrs.

Entidad que se pronuncia : BANMEDICA

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 : ELGUETA GOMEZ, CAMILA VANESSA  
Rut : 17209431-7  
Edad : 33  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022      Lugar : Domicilio  
N° Dias : 5      Dirección : Los Lucumos 1140, BLOCK 31, DEPTO.E., Quillota  
Fecha Término : 24-06-2022      Teléfono : 09-72345392  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 20-06-2022 18:35 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 20-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 22-06-2022 10:18 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **7222534-1** y código de verificación: **e7b52e**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072166341-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (GONZÁLEZ), APELLIDO MATERNO (CARTE), NOMBRES (ELIZABETH AL), RUN (18298967-3), FECHA OTORGAMIENTO (20062022), FECHA INICIO REPOSO (20062022), EDAD (29), SEXO (F), N° DE DÍAS (05), N° DE DÍAS EN PALABRAS (CINCO).

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)

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA NACIMIENTO.

A.3 TIPO LICENCIA

Form for license type selection: 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. Includes fields for recuperability, start date, and conception date.

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1 = REPOSO LABORAL TOTAL, 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes options for rest location (home, hospital, other) and time of day (morning, afternoon, night).

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (FLORUS), APELLIDO MATERNO (F), NOMBRES (MARIE MILSAI), RUN (26531201-2).

Form for professional details: REG. COLEGIO PROFESIONAL (09-37804379), CORREO ELECTRÓNICO (Maipú N, Quillota), ESPECIALIDAD (MEDICINA GENERAL), 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 072166341-8

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU  
 RAZON SOCIAL EMPLEADOR  
 6 9 2 6 0 4 0 0 8 TELEFONO 2 0 0 6 2 0 2 2  
 RUN FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)  
 CLORINDO VELIZ 5 2 0 DEPTO. 5 2 0. 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  
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 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.

#### SEGURO DE DESEMPLEO

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

0 1 0 5 2 0 1 6 1 6 1 1 2 0 2 0  
 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



Nº 3 072166341-8

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.306/80 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 PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DEL N°44.197B) (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). Includes data for months 03, 04, and 05 of 2022.

% DESAHUCIO
0 0

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

748.550

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

Table similar to the previous one, but specifically for maternity leave (LICENCIAS MATERNALES).

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 (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO).

Signature and stamp area: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE. Stamp: JEFE DE PERSONAL DEPTO. DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUIJOTA.

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3.072166341-8

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 20-06-2022 09:22 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 : GONZÁLEZ CARTE, ELIZABETH ALEJANDRA  
Rut : 18298967-3  
Edad : 29  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 5 Dirección : Lucila De Mañá, VILLA GABRIELA MISTRAL 1164 Poblado, Quillota  
Fecha término : 24-06-2022 Teléfono : 09-30250166  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago CCAF  
Fecha Última Modificación : 22-06-2022 17:19 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 20-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-06-2022 15:50 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-188029 Causa del Rechazo :  
Fecha Resolución : 22-06-2022 Pendiente por :  
Desde : 20-06-2022 Derecho a subsidio : A  
Hasta : 24-06-2022 Reposo : Reposo Total  
Días Autorizados : 5 días Días previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72166341-8** y código de verificación: **2cd035**

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.

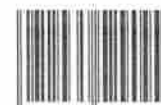




# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072035529-9

### 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: 692604000-8 TELEFONO: 16062022

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520, QUILLOTA

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 = VENDEJOR
  - 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.

CODIGO:  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.

2

09042019

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

09042019

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

##### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072035529-9

## 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 VIRTUJO DEL D.F.L. 1-306/80 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
29	03	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0
29	04	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0
29	05	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

374.276
---------

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 prevalece 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 lea pre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	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 072035529-9

Sucursal : CENTRO MEDICO DE REHABILITACION MEDIKIN - CENTRO MEDICO DE REHABILITACION MEDIKIN LTDA

Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 11:56 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : Hernandez Hernandez, Naibelin Josefina  
Rut : 26299769-3  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : FREIRE 661, Quillota - Tel: 56-940879048

## 2. Datos Trabajador

Nombre : CARRASCO GONZALEZ, CAMILA ANTONIA  
Rut : 18383294-8  
Edad : 28  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 4. Enfermedad Grave del niño menor de 1 año

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 7 Dirección : Gorki, 413, Villa Paraiso, Quillota  
Fecha término : 26-06-2022 Teléfono : 09-96777141  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Liquidada  
Fecha Última Modificación : 21-06-2022 13:15 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 15:31 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-185793 Causa del Rechazo :  
Fecha Resolución : 19-06-2022 Pendiente por :  
Desde : 20-06-2022 Derecho a subsidio : A  
Hasta : 26-06-2022 Reposo : Reposo Total  
Días Autorizados : 7 días Días previos : 3

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente

Folio: 72035529-9 y código de verificación: 732f0b

El que incurra en las faltas del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a 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 sesenta 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 072037077-8

*de*

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

O R E L L A N A	C I S T E R N A S	J A C Q U E L I N E	M	1 8 5 1 0 7 5 3	-	1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN
1 6 0 6 2 0 2 2	2 0 0 6 2 0 2 2	2 8	F			
FECHA OTORGAMIENTO		EDAD	SEXO			
4 2	C U A R E N T A Y 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 18.857)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

### A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 3	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	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 POETISA WINNET DE ROKHA 989 PABLO DE ROKHA, Quilota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-93477409	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

D A V I U	T O R R E S	C L A U D I O	9 3 4 1 6 3 9	-	2
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES		RUN
42068	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD			
32-2970611/	Blanco Encalada 470, Quilota				
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL			

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

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

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072037077-8

### 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 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

<b>8</b>	<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

<b>1 9</b>	<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>
<b>TENS</b>	

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

<b>2</b>	<p>1 = D.L. 3501 INP.</p> <p>2 = D.L. 3500 A.F.P.</p>
CÓDIGO	<b>3 4</b> - LETRA (CAJA PREV.)
NOMBRE INT. PREV. MODELO S.A. -	

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

<b>2</b>	<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>
<b>0 1 0 7 2 0 1 9</b>	
FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	

##### SEGURO DE DESEMPLEO

<b>2</b>	<p>Trabajador afiliado a AFC</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>
<b>2</b>	<p>Contrato de duración indefinida</p> <p>1 = SI</p> <p>2 = NO</p>
<b>0 1 0 7 2 0 1 9</b>	
FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)	

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h5> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>C</b> A = SERVICIO DE SALUD</p> <p>B = ISAPRE</p> <p>C = C.C.A.E.</p> <p>D = EMPLEADOR</p>	<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h5> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD</p> <p>F = MUTUAL</p> <p>G = INP</p> <p>H = EMPLEADOR</p>
--	---

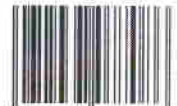
L A A R A U C A N A
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# 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. 1-3963/80 ADEMAS 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
34	03	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0
34	04	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0
34	05	2022	30	\$ 0	\$ 374.276	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

374.276
---------

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
34	08	2021	30	\$ 0	\$ 352.757	\$ 0	0
34	09	2021	30	\$ 0	\$ 352.757	\$ 0	0
34	10	2021	30	\$ 0	\$ 352.757	\$ 0	0

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = 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 072037077-8

Sucursal : Inalto Salud Ltda. - Inalto Salud Ltda.  
Fecha Otorgamiento : 16-06-2022 12:09 hrs.  
Entidad que se pronuncia : FONASA  
Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : DAVIU TORRES, CLAUDIO  
Rut : 9341639-2  
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
Dirección : Blanco Encalada 470 , Quillota - Tel: 32-2970611

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ORELLANA CISTERNAS, JACQUELINE MAGDALENA  
Rut : 18510753-1  
Edad : 28  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 42 Dirección : POETISA WINNET DE ROKHA 989 PABLO DE ROKHA, Quillota  
Fecha término : 31-07-2022 Teléfono : 09-93477409  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF.  
Fecha Última Modificación : 16-06-2022 12:09 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 15:43 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72037077-8** y código de verificación: **e85452**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



### 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

     T   R   E   S

N° DE DIAS      N° DE DIAS 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 natal (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 = PRÓRROGA 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      INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO     

DIA      MES      AÑO

     TRAYECTO  1 = SI    2 = NO

HORA      MINUTOS

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 lucumos pasaje    patricio

link 563, Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)      09-99500662

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

-

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRÓNICO      ESPECIALIDAD       1 = MÉDICO    2 = DENTISTA    3 = MATRONA

09-37804379/      Malpú N, Quillota      *Documento firmado electrónicamente*

TELÉFONO/FAX      DIRECCIÓN      FIRMA PROFESIONAL

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

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

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 072168429-6

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

[Grid for RAZON SOCIAL EMPLEADOR]																														
[Grid for RUN]										<input type="checkbox"/>	[Grid for TELEFONO]										[Grid for FECHA DE RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)]									
[Grid for DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR]																														
[Grid for COMUNA]										[Grid for 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.  
 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: [Grid] [Grid] [Grid] LETRA (CAJA PREV): [Grid]  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 INT. PREV.: \_\_\_\_\_

**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  
 [Grid]  
 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMM/AAA) [Grid] FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA) [Grid]

**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

[Grid]  
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072168429-6

## CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.  
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS 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)

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

% DESAHUCIO	

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

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

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

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

  
**JEFE DE PERSONAL**  
 DEPTO. DE SALUD  
 MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072168429-6

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 20-06-2022 09:45 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 : ESPEJO CORTÉS, GERALDINE ARLETT CON  
Rut : 20529708-1  
Edad : 21  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Dias : 3 Dirección : Los Lucumos pasaje patricio link 663, Quillota  
Fecha término : 22-06-2022 Teléfono : 09-59500662  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional  
Fecha Última Modificación : 20-06-2022 09:45 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 20-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento :

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72168429-6** y código de verificación: **95baf6**

El que incurra en las faltas del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Si el que cometiese la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta o 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

*S. P. P.*



Nº 3 073242127-0

*a*

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

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

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

**A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO**

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

<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1</p>	<p>RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO</p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO</p> <p>_____ / _____ / _____ DÍA MES AÑO</p> <p>_____ : _____ HORA MINUTOS</p> <p>TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO</p> <p>FECHA DE LA CONCEPCIÓN</p> <p>_____ / _____ MES AÑO</p>
--	---

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>	<p>LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE, Nº, DEPTO, COMUNA <u>EL DORADO 1681 VILLA</u></p> <p>COOPREVAL, Quillota _____</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-52019615</u></p>
--	---

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

M A R I N				M I L L A N				I G N A C I O E S T				1 9 0 4 7 2 2 4				8
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
								MEDICINA GENERAL								
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								
09-63647575/				Avda. Vicuña Mackenna N, Quillota				<i>Documento firmado electrónicamente</i>								
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN				FIRMA PROFESIONAL								

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

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

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3. 073242127-0

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR											
69260400			8					14072022			
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

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PÉTRÓLEOS Y CANTEERAS.
- 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

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: 8 - LETRA (CAJA PREV.)  
 NOMBRE INT. PREV. PROVIDA

#### 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

03012011

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

03012011

#### 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

LA ARAUCANA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 073242127-0

### 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. 1-300390 ADÉMÁS 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
8	03	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,5 UF) para trabajador afiliado a AFC

899.947
---------

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

*[Firma]*  
JEFE DE DEPARTAMENTO  
DEPTO. MUNICIPALIDAD DE OUILCUTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 073242127-0

**Sucursal :** Municipalidad de Quillota - DESAM - CECOSF Unco Santa Teresita  
**Fecha Otorgamiento :** 14-07-2022 14:36 hrs.  
**Entidad que se pronuncia :** FONASA  
**Empleador :** DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** MARIN MILLAN, IGNACIO ESTEBAN  
**Rut :** 19047224-8  
**Especialidad :** MEDICINA GENERAL  
**Dirección :** Avda. Vicuña Mackenna N° Quillota - Tel: 09-63647575

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** FARFÁN LÓPEZ, MELISSA JOSÉ  
**Rut :** 15698029-3  
**Edad :** 38  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 21-06-2022  
**N° Dias :** 6  
**Fecha término Tipo :** 26-06-2022  
**Reposo Total**  
**Lugar :** Domicilio  
**Dirección :** EL DORADO 1081 VILLA COOPREVAL, Quillota  
**Teléfono :** 09-52019615

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador para CCAF  
**Fecha Última Modificación :** 14-07-2022 14:36 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 69260400-8  
**Fecha de Recepción :** 14-07-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 15-07-2022 10:11 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **73242127-0** y código de verificación: **88df8c**

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072802177-2

ok

### 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

Nº DE DIAS

Nº DE DIAS 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 18.467)

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 1 = SI 2 = NO      INICIO TRAMITE INVALIDEZ  2 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA      MES      AÑO

     TRAYECTO  1 = SI 2 = NO

HORA      MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES      AÑO

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL  A = MAÑANA  
 B = TARDE  
 C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE, Nº, DEPTO., COMUNA agustín avezon 1075 edificio

C dpto. 1204, Quilota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-91427030

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

1 = MÉDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

Número colegio médico \_\_\_\_\_

REG. COLEGIO PROFESIONAL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL

TELÉFONO/FAX 56-957746602/

DIRECCIÓN Maipú N, Quillota

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



N° 3 072802177-2

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

#### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
692604000			- 8						04072022		
RUN			TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)					
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520. QUILOTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILOTA											
COMUNA						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN					

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

8

#### OCUPACION

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

19

CONDUCTOR

#### 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 8 - LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE  
INT. PREV. PROVIDA

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

2

22082003

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida 2 1 = SI  
2 = NO

22022021

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

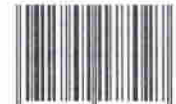
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072802177-2

### 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 TRASPASADOR EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-306/80 ADEMAS 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 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
B	03	2022	30	\$ 0	\$ 572.639	\$ 0	0
B	04	2022	30	\$ 0	\$ 606.371	\$ 0	0
B	05	2022	30	\$ 0	\$ 572.639	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible provisional mes anterior incluye licencia médica (tope 100,8 UF) para trabajador afiliado a AFG

572.639
---------

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 preceda al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

#### C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

2	1 - SI
	2 - NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MESES	AÑO	DIA	MESES	AÑO


NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



**Sucursal** : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha  
**Fecha Otorgamiento** : 04-07-2022 10:54 hrs.  
**Entidad que se pronuncia** : FONASA  
**Empleador** : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional** : Mejías Herrundez, Luisel Carolina  
**Rut** : 26183277-1  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL  
**Dirección** : Maipú N, Quillota - Tel: 56-957745602

## 2. Datos Trabajador

**Nombre** : OLIVARES FIGUEROA, AARON EDUARDO  
**Rut** : 15851114-2  
**Edad** : 37  
**Sexo** : Masculino  
**Tipo Licencia** : 1, Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio** : 21-06-2022      **Lugar** : Domicilio  
**N° Dias** : 6      **Dirección** : Agustín Avezon 1075 edificio C dpto 1204, Quillota  
**Fecha término** : 26-06-2022      **Teléfono** : 09-91427030  
**Tipo** : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado** : Pronunciada para pago CCAF  
**Fecha Última Modificación** : 05-07-2022 17:28 hrs.  
**Motivo Anulación** :  
**Motivo Rechazo** :  
**Motivo Devolución** :

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador** : 69260400-8  
**Fecha de Recepción** : 04-07-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento** : 04-07-2022 17:15 hrs

## 6. Datos de pronunciamiento

**N° Resolución** : 53-203807      **Causa del Rechazo** :  
**Fecha Resolución** : 05-07-2022      **Pendiente por** :  
**Desde** : 21-06-2022      **Derecho a subsidio** : A  
**Hasta** : 26-06-2022      **Reposo** : Reposo Total  
**Dias Autorizados** : 6 días      **Dias previos** : 0

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72802177-2** y código de verificación: **add0a3**

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

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

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

Artículo 207 del Código Penal.





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 072223194-5

### 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 - 8      2 0 0 6 2 0 2 2

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

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

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Q U I L L O T A     

COMUNA      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

**TECNICO PARAMEDICO**

#### 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  3  4 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE  
 INT. PREV. MODELO S.A. -

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

2

1 8 0 8 2 0 1 0      1 8 0 8 2 0 1 0

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMM/AAAA)      FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMM/AAAA)

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  2 1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 1 = SI  
 2 = NO

##### 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 072223194-5

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. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B:

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

Table with 6 columns: CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DIAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44, 1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DIAS). Includes data for months 03, 04, and 05 of 2022.

% DESAHUCIO
0 0

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

827.989

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

Table with 6 columns: CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DIAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44, 1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DIAS).

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente 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 3 main columns: TOTAL DIAS, DESDE (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO).

Signature and stamp area: JEFE DE PERSONAL, DEPTO. DE SALUD, MUNICIPALIDAD DE QUILOGTA. Includes text: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072223194-5

Sucursal : LUIS ANDRADE MENDOZA - LUIS EUCLIDES ANDRADE MENDOZA

Fecha Otorgamiento : 20-06-2022 18:45 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 : CISTERNAS CABRERA, MARITZA ANDREA  
Rut : 17209264-0  
Edad : 33  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 21-06-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 15 Dirección : portal araucarias pasaje liquidambar 1386, Quillota  
Fecha término : 05-07-2022 Teléfono : 09-75866227  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente  
Fecha Última Modificación : 22-06-2022 12:33 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 20-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 22-06-2022 10:26 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 72223194-5 y código de verificación: **fbe57a**

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 292 del Código Penal.