



Licencia Médica

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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 7064656-0
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61509000-K	233062

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	05-08-21 09:30	10100	69060100-1				
3- NO TRAMITADA	05-08-21 09:30	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	09-08-21 16:41	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

BRAVO	PIZARRO	MARJORIE CINTHYA	15816831-6	37	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
05 08 21 Día Mes Año	04 08 21 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO 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	CALLE MANUEL RODRIGUEZ #48 48 QUILLOTA CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	986289802		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MORA	ULLOA	MAGALY ORIETTA	11948450-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	3	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	LMP@SUSES@CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

HUERFANOS 1376, PISO 5 # SANTIAGO CHILE	26204000	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	MARJOBRAVOPIZ@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

COMPIN LME	PRONUNCIAMIENTO INICIAL	39-2039811	COMPIN LME	139
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE	TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS
1	31 Día 07 Mes 21 Año	29 Día 08 Mes 21 Año	30 DÍAS	CÓDIGO 2020	2 1=Primera 2=Continuación	0

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Ampliase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	<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	<input checked="" type="checkbox"/> A A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.
--	--	--	---

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR
---------------------------------	---------------

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA 61601000-K <i>Firmado Electrónicamente</i>
05 Día 08 Mes 21 Año	09 Día 08 Mes 21 Año	01 Día 01 Mes 00 Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

000000000-0
REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.



Licencia Médica

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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 7050013-2
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	17305615-K	301665

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	03-08-21 18:37	10100	69060100-1				
5- TRAMITADA	04-08-21 10:55	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	05-08-21 18:30	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

RIVERA	MENA	CARLOS ALBERTO	13983618-9	39	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
03 08 21 Día Mes Año	04 08 21 Día Mes Año	21	VEINTIUNO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO 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	PACHACAMITA NORTE 1470 CALERA CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	975654647		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

VILLABLANCA	ACU¿	DANIEL FRANCISCO	17305615-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	378591	D.VILLABLANCAA@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	

ECHENIQUE 5819, DPTO 601 # LA REINA CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	53-182120	SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		53
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE		TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO	

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS
1	04 08 21 Día Mes Año	24 08 21 Día Mes Año	21 DÍAS	CÓDIGO F32.1	1 1=Primera 2=Continuación	0

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Ampliase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche	<input checked="" type="checkbox"/> A A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.
--	--	---	---

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR
---------------------------------	---------------

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA 61601000-K Firmado Electrónicamente
04 08 21 Día Mes Año	05 08 21 Día Mes Año	01 01 00 Día Mes Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

0000000000-0
REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	69060100-1	332291161	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELÉFONO	03 08 21 Día Mes Año	
LA CONCEPCIÓN 711 711	QUILLOTA			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> 7 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, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada	<input checked="" type="checkbox"/> 19 11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar) AUXILIAR

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo <input type="text" value="1006"/> Letra (Caja Prev.) <input type="text"/> Nombre Int. Prev. <input type="text" value="PROVIDA -"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n° 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador Independiente	Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
04 08 21 Día Mes Año	06 11 07 Día Mes Año	19 06 14 Día Mes Año

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:	
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> D A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6 <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

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 OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO
	Mes	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N° de días	
	A			B	C	D	E	
1008	07	2021	30	0	886973	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica

1008	06	2021	30	0	886973	0	0
1008	05	2021	30	0	886973	0	0

(Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$ 886973

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

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
6	27	05	2021	01	06	2021

 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 siguientes de recepcionado el documento.

Firmado Electrónicamente

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	<input checked="" type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No
-------	---

CÓDIGO TRAMITACIÓN

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber
---------	--------------	-------------

ARCHIVO

Tipo Archivo	URL Archivo
1	VER ARCHIVO
2	VER ARCHIVO
3	VER ARCHIVO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 056673838-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	03082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

19	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). AUXILIAR _____
----	--

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 <input type="text" value="8"/> - LETRA (CAJA PREV) <input type="text" value=""/> 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. 01011987	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="text" value="2"/> 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida <input type="text" value="1"/> 1 = SI 2 = NO 20071994
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN		

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

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

EMPL E A D O R	NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO
----------------	--------------------------------------



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 056673838-4

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	05	2021	30	\$ 0	\$ 1.049.141	\$ 0	0
8	06	2021	30	\$ 0	\$ 1.049.141	\$ 0	0
8	07	2021	30	\$ 0	\$ 1.049.141	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.049.141

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1	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
7	24	07	2021	30	07	2021
15	06	08	2020	20	08	2020

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 056673838-4

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 03-08-2021 12:32 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : 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 : ARANCIBIA TIRADO, JUAN ANTONIO
Rut : 10910534-1
Edad : 54
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 11 Dirección : Picazzo 554, Villa el alba, Quillota
Fecha término : 11-08-2021 Teléfono : 09-52079320
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 05-08-2021 21:16 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 03-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 04-08-2021 10:44 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-182029 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 05-08-2021 Pendiente por :
Desde : 01-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 11-08-2021 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 11 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: **56673838-4** y código de verificación: **3c853a**

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

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

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

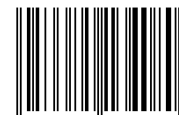
Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 056675134-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C A S T I L L O	F U E N T E S	K A R E N A N D R E A	1 5 0 6 2 9 7 0 - 5
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 3 0 8 2 0 2 1	1 0 0 8 2 0 2 1	3 9	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 4	C U A T R O		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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)

APELIDO PATERNO	APELIDO 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

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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;N°;DEPTO;COMUNA Picazzo 554, Villa el alba,

Quillota _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-34376910

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
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
9-74805796/	Maipú N, Quillota	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	FIRMA PROFESIONAL
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.

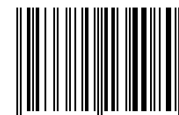
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 056675134-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	03082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

16	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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>2 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO 33 - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. CAPITAL -</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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.</p> <p>10062002</p> <p style="text-align: center;">FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>01072003</p> <p style="text-align: center;">FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
--	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

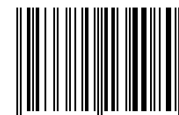
EMPL E A D O R	NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO
----------------	--------------------------------------



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 056675134-8

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	05	2021	30	\$ 0	\$ 1.029.135	\$ 0	0
33	06	2021	30	\$ 0	\$ 1.029.135	\$ 0	0
33	07	2021	30	\$ 0	\$ 1.029.135	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.029.135

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1	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
11	29	07	2021	08	08	2021

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 056675134-8

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 03-08-2021 12:43 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : 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 : CASTILLO FUENTES, KAREN ANDREA
Rut : 15062970-5
Edad : 39
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 10-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : Picazzo 554, Villa el alba, Quillota
Fecha término : 13-08-2021 Teléfono : 09-34376910
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 05-08-2021 21:16 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 03-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 04-08-2021 10:47 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-182031 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 05-08-2021 Pendiente por :
Desde : 10-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 13-08-2021 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 4 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: **56675134-8** y código de verificación: **15eb2a**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 056968468-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NAVARRO	PUENTE	ANGELA ROSAL	15742814	4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
09082021	09082021	37	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
07	S I E T E			
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 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = 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	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____			
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA SANTA OLGA 210, CONJUNTO SAN SIDRO, Quillota			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-56816654			

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MARTIN	TROFA	ANDREA VALEN	26438791	4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
Número colegio médico		MEDICINA GENERAL	1 = MÉDICO	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA	
02-5555555/			3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX	Maipú N, Quillota	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL		

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 056968468-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	09082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

14	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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>2 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO 8 - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. PROVIDA -</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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.</p> <p>01022014</p> <p style="text-align: center;">FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAA)</p>	<p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>01022014</p> <p style="text-align: center;">FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAA)</p>
---	--	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

EMPLEADOR
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 056968468-4

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	05	2021	30	\$ 0	\$ 796.240	\$ 0	0
8	06	2021	30	\$ 0	\$ 796.240	\$ 0	0
8	07	2021	30	\$ 0	\$ 796.240	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

796.240

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1	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
3	29	11	2020	01	12	2020

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 056968468-4

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 09-08-2021 16:22 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Martin Trofa, Andrea Valentina
Rut : 26438791-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 02-55555555

2. Datos Trabajador

Nombre : NAVARRO PUENTE, ANGELA ROSALÍA
Rut : 15742814-4
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 09-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 7 Dirección : SANTA OLGA 210, CONJUNTO SAN ISIDRO, Quillota
Fecha término : 15-08-2021 Teléfono : 09-56816654
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 12-08-2021 18:20 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 09-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 11-08-2021 09:48 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-188517 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 12-08-2021 Pendiente por :
Desde : 09-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 15-08-2021 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: **56968468-4** y código de verificación: **7e0ad9**

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 057138013-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VICENCIO	PIZARRO	ALEJANDRA MA	12820373	7
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
12082021	11082021	46	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
03	TRES			
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 18.867)

APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = 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
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 <u>LOS ALAMOS 2 LA PALMA,</u>	
Quillota _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-64513034</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PUENTES	WASAFF	FERNANDO	9082427	9
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
<u>33-2312210/</u>		<u>Camino San Francisco N S/N, Quillota</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>	1
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
		FIRMA PROFESIONAL		

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 057138013-7

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	12082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

16	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 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> - LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. <u>MODELO S.A. -</u>	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. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="text" value="2"/> 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida <input type="text" value="2"/> 1 = SI 2 = NO <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)
--	--	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

E M P L E A D O R	NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO
-------------------	--------------------------------------



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 057138013-7

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

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

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
34	05	2021	30	\$ 0	\$ 790.523	\$ 0	0
34	06	2021	30	\$ 0	\$ 790.523	\$ 0	0
34	07	2021	30	\$ 0	\$ 790.523	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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

790.523

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	13	06	2021	25	06	2021
11	31	05	2021	10	06	2021

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 057138013-7

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CESFAM La Palma

Fecha Otorgamiento : 12-08-2021 11:49 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : PUENTES WASAFF, FERNANDO
Rut : 9082427-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Camino San Francisco N S/N, Quillota - Tel: 33-2312210

2. Datos Trabajador

Nombre : VICENCIO PIZARRO, ALEJANDRA MARGARITA
Rut : 12820373-7
Edad : 46
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 11-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : LOS ALAMOS 2 LA PALMA, Quillota
Fecha término : 13-08-2021 Teléfono : 09-64513034
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 16-08-2021 14:21 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 12-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 13-08-2021 10:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-190848 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 16-08-2021 Pendiente por :
Desde : 11-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 13-08-2021 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: **57138013-7** y código de verificación: **f3333d**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 7149793-3
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	77127527-3	206644

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	13-08-21 19:21	10100	69060100-1				
5- TRAMITADA	16-08-21 20:13	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	19-08-21 19:12	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CASTILLO	FUENTES	KAREN ANDREA	15062970-5	39	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
13 08 21 Día Mes Año	16 08 21 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común
2=Prórroga 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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1=Si 2=No
INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ: 1=Si 2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: TRAYECTO 1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL: A=Mañana B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO: 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA
PICASSO. VILLA EL ALBA 554 QUILLOTA CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 34276910

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROMERO	JARA	WIMPER	14703282-K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	WIROJA2015@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

CHORRILLOS Nº 35. # LA CRUZ CHILE	0
DIRECCIÓN	TELÉFONO

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	KAREN.CASTILLO@QUILLOTA.CL
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	53-193120	SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		53
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE		TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO	

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS
1	16 08 21 Día Mes Año	14 09 21 Día Mes Año	30 DÍAS	CÓDIGO F41.0	1 1=Primera 2=Continuación	0

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Ampliase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche	<input checked="" type="checkbox"/> A A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.
--	--	---	---

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR
---------------------------------	---------------

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	BECERRA MARTÍNEZ MYRNA ELENA 12262283-5 Firmado Electrónicamente NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
16 08 21 Día Mes Año	19 08 21 Día Mes Año	01 01 00 Día Mes Año	

000000000-0
REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	69060100-1	332291161	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELÉFONO	13 08 21 Día Mes Año	
LA CONCEPCIÓN 711 711	QUILLOTA			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> 7 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, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada	<input checked="" type="checkbox"/> 16 11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo <input type="checkbox"/> 1033 Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/> Nombre Int. Prev. CAPITAL -	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n° 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador Independiente	Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
16 08 21 Día Mes Año	10 06 02 Día Mes Año	01 07 03 Día Mes Año

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:	
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> D A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6 <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: 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 OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imposables excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO
	Mes	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N° de días	
	A			B	C	D	E	
1033	07	2021	30	0	1029135	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica

1033	06	2021	30	0	1029135	0	0
1033	05	2021	30	0	1029135	0	0

(Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$ 1029135

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

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
11	30	07	2021	09	08	2021

1 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 siguientes de recepcionado el documento.

Firmado Electrónicamente

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si 2=No
-------	--

CÓDIGO TRAMITACIÓN

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber
---------	--------------	-------------

ARCHIVO

Tipo Archivo	URL Archivo
1	VER ARCHIVO
2	VER ARCHIVO
3	VER ARCHIVO



Licencia Médica

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

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 7181379-7
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61601000-K	199987

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	17-08-21 16:41	10100	69060100-1				
5- TRAMITADA	20-08-21 17:50	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	23-08-21 23:09	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PIZARRO	BAHAMONDES	OMAR	10252529-9	52	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
17 08 21 Día Mes Año	10 08 21 Día Mes Año	7	SIETE

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO 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	VILLA OHIGGINS 14 0 QUILLOTA CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	50506317		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ACOSTA	ALBORNOZ	MAURIBEL SUYIN	25988826-3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA GENERAL	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	MAURIBEL.ACOSTA@SALUDQUILLOTA.CL
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

MELGAREJO 669 # VALPARAÍSO CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	OMARPIZARRO1969@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	53-197743	SUBCOMISIÓN VIÑA DEL MAR		53
SERVICIO DE SALUD O ISAPRE		TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO	

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS
1	10 08 21 Día Mes Año	16 08 21 Día Mes Año	7 DÍAS	CÓDIGO Z29.0	1 1=Primera 2=Continuación	0

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Ampliase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche	<input checked="" type="checkbox"/> A A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C=Sin derecho a subsidio.
--	--	---	---

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR
---------------------------------	---------------

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES	REDICTAMEN	AUTORIZADO POR CONTRALORIA MEDICA 61601000-K Firmado Electrónicamente
20 08 21 Día Mes Año	23 08 21 Día Mes Año	01 01 00 Día Mes Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

0000000000-0
REGISTRO COLEGIO MÉDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	69060100-1	332291161	FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELÉFONO	17 08 21 Día Mes Año	
MAIPÚ 330 330	QUILLOTA			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> 7 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, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada	<input checked="" type="checkbox"/> 19 11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar) CHOFER

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR	SEGURO DESEMPLEO
<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo <input type="text" value="1006"/> Letra (Caja Prev.) <input type="text"/> Nombre Int. Prev. <input type="text" value="PROVIDA -"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Trabajador sector público afecto a la ley n° 18.834. 2=Trabajador sector público no afecto a la ley n° 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador Independiente	Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
20 08 21 Día Mes Año	01 02 84 Día Mes Año	15 02 11 Día Mes Año

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:	
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7 <input checked="" type="checkbox"/> D A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6 <input type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:

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 OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE / EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imposables excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO
	Mes	Año	N° de días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N° de días	
	A			B	C	D	E	
1008	07	2021	30	0	673470	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica

1008	06	2021	30	0	1083379	0	0
1008	05	2021	30	0	648941	0	0

(Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$ 673470

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

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

 2 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 siguientes de recepcionado el documento.

Firmado Electrónicamente

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	<input type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No
-------	--

CÓDIGO TRAMITACIÓN

TIENE MAS DE 100 TRABAJADORES

DETALLE

Mes Año	Nombre Haber	Monto Haber
---------	--------------	-------------

ARCHIVO

Tipo Archivo	URL Archivo
1	VER ARCHIVO
2	VER ARCHIVO
3	VER ARCHIVO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 057518824-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	20082021
RUN		FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
M A I P U 3 3 0 D E P T O . 3 3 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

7	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

13	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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>2 1= D.L. 3501 INP. 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO 5 - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. HABITAT -</p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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.</p> <p>09022015</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>01062018</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
---	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 057518824-9

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.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	05	2021	30	\$ 0	\$ 2.416.442	\$ 0	0
5	06	2021	30	\$ 0	\$ 2.428.322	\$ 0	0
5	07	2021	30	\$ 0	\$ 2.428.223	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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

2.428.223

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	02	2021	30	\$ 0	\$ 2.389.850	\$ 0	0
5	03	2021	30	\$ 0	\$ 2.398.613	\$ 0	0
5	04	2021	30	\$ 0	\$ 2.406.721	\$ 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		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	04	07	2021	18	07	2021
6	12	01	2021	17	01	2021
6	29	08	2020	03	09	2020

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 057518824-9

Sucursal : CENTRO CLINICO FETAL SPA - CENTRO CLINICO FETAL SPA

Fecha Otorgamiento : 20-08-2021 09:03 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Pizarro Vergara, Mauricio
Rut : 12823794-1
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : 12 NORTE 785 OFICINA 1101, Viña del Mar - Tel: 32-2577692

2. Datos Trabajador

Nombre : MALDONADO CASTRO, CAMILA CECILIA
Rut : 17209883-5
Edad : 32
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 16-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 42 Dirección : AV STA CRUZ 181 CASA 5, La Cruz
Fecha término : 26-09-2021 Teléfono : 09-91264805
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 27-08-2021 01:21 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 20-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 20-08-2021 17:58 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 57518824-9 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 24-08-2021 Pendiente por :
Desde : 16-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 26-09-2021 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 42 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: **57518824-9** y código de verificación: **121685**

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 057587089-9

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	22082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

16	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 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. 18051983 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO 01121995 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)
---	---	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

EMPLEADOR
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 057587089-9

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.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	05	2021	30	\$ 0	\$ 982.598	\$ 0	0
5	06	2021	30	\$ 0	\$ 982.598	\$ 0	0
5	07	2021	30	\$ 0	\$ 982.598	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

982.598

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 057587089-9

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha

Fecha Otorgamiento : 22-08-2021 19:00 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : GONZALEZ BARRIENTOS, ANDREA NICOLE
Rut : 18116868-4
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Maipú N, Quillota - Tel: 09-999999999

2. Datos Trabajador

Nombre : BAEZ MARTÍNEZ, MARÍA EUGENIA
Rut : 12070678-0
Edad : 61
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 22-08-2021 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : bulnes 1105, Quillota
Fecha término : 25-08-2021 Teléfono : 09-94984631
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 25-08-2021 21:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 22-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 24-08-2021 09:02 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-200187 Causa del Rechazo :
Fecha Resolución : 25-08-2021 Pendiente por :
Desde : 22-08-2021 Derecho a subsidio : A
Hasta : 25-08-2021 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 4 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: **57587089-9** y código de verificación: **04149f**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N°3 057745096-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

B	E	R	N	A	L					V	É	L	I	Z						F	R	A	N	C	I	S	C	O	J	A	1	2	8	2	1	1	4	0	-	3	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
2	5	0	8	2	0	2	1	2	8	0	8	2	0	2	1	4	5	M																							
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																							
3	0	T R E I N T A																																							
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 18.867)

																																								-	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
FECHA NACIMIENTO																																									

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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>Pasaje El Castaño #2013,</u>	
Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-30317558</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

F	E	R	N	A	N	D	E	Z	M	O	Y	A	M	A	U	R	I	C	I	O	E	D	U	8	9	5	3	8	9	2	-	0
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO				NOMBRES								RUN												
17428-9												PSIQUIATRÍA								<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA												
REG. COLEGIO PROFESIONAL								CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL												
32-2577837/												Alvares 1532, Viña del Mar																				
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 057745096-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	25082021
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
LA CONCEPCION 711 DEPTO. 711, QUILLOTA		
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
QUILLOTA		
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

7	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

16	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 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. 01012008 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI 2 = NO Contrato de duración indefinida 1 1 = SI 2 = NO 01012008 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)
--	---	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

EMPLEADOR NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 057745096-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 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	05	2021	30	\$ 0	\$ 1.015.797	\$ 0	0
33	06	2021	30	\$ 0	\$ 1.015.797	\$ 0	0
33	07	2021	30	\$ 0	\$ 1.015.797	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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

1.015.797

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 057745096-K

Sucursal : Hospital Doctor Gustavo Fricke - Hospital Doctor Gustavo Fricke
Fecha Otorgamiento : 25-08-2021 10:02 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : FERNANDEZ MOYA, MAURICIO EDUARDO
Rut : 8953892-0
Especialidad : PSIQUIATRÍA
Dirección : Alvares 1532 , Viña del Mar - Tel: 32-2577837

2. Datos Trabajador

Nombre : BERNAL VÉLIZ, FRANCISCO JAVIER
Rut : 12821140-3
Edad : 45
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 28-08-2021 **Lugar** : Domicilio
N° Días : 30 **Dirección** : Pasaje El Castaño #2013, Quillota
Fecha término : 26-09-2021 **Teléfono** : 09-30317558
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 28-08-2021 09:05 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 25-08-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-08-2021 15:53 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 53-201744 **Causa del Rechazo** :
Fecha Resolución : 28-08-2021 **Pendiente por** :
Desde : 28-08-2021 **Derecho a subsidio** : A
Hasta : 26-09-2021 **Reposo** : Reposo Total
Días Autorizados : 30 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: **57745096-K** y código de verificación: **aa928f**

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.