



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072699940-6

*de*

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERNANDEZ	MALDONADO	CECILIA GRIC	10005028	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
30062022	01072022	57	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
05	CINCO			
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

#### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

#### A.3 TIPO LICENCIA

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

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

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

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

FECHA DE LA CONCEPCIÓN:  MES /  AÑO

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

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

DIRECCIÓN: CALLE, Nº, DEPTO, COMUNA: AVENIDA SANTA CRUZ #2106

CONDOMINIO ALTO LA CRUZ 2, La Cruz

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-42804583

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MUSCHEN	GRUBER	WALTER KARL	6979478	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
17241		MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA	
42-2239210/	Bulnes 855, Chillán		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL	

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

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

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



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



Nº 3 072699940-6

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

6 9 2 6 0 4 0 0 8 3 0 0 6 2 0 2 2

RUN TELEFONO FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

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

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Q U I L L O T A

COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

8

### OCUPACION

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

19

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

REGIMEN PREVISIONAL CALIDAD DEL TRABAJADOR SEGURO DE DESEMPLEO

2 1= D.L. 3501 INP.  
2= D.L. 3500 A.F.P.  
CÓDIGO  3 - LETRA (CAJA PREV.)

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.

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

NOMBRE INT. PREV. CUPRUM-

0 1 1 0 1 9 9 1 0 1 1 0 1 9 9 1

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

C R U Z B L A N C A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

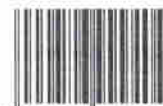
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072699940-6

### CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.300/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N.º 44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N.º DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N.º DÍAS
3	04	2022	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	30
3	05	2022	30	\$ 0	\$ 2.666.650	\$ 0	0
3	06	2022	30	\$ 0	\$ 2.699.885	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.699.885
-----------

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 DEL N.º 44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N.º DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N.º DÍAS

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

*[Firma]*  
JEFE DE PERSONAL  
DEPTO. DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE QUILOTA

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072699940-6

Sucursal : WALTER KARL-HEINZ MUSCHEN GRUBER - WALTER  
KARL-HEINZ MUSCHEN GRUBER

Fecha Otorgamiento : 30-06-2022 17:22 hrs.

Entidad que se pronuncia : CRUZ BLANCA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : Muschen Gruber, Walter Karl-Heinz  
Rut : 6979478-5  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Bulnes 655, Chillán - Tel: 42-2239210

## 2. Datos Trabajador

Nombre : FERNANDEZ MALDONADO, CECILIA GRICELDA  
Rut : 10005028-5  
Edad : 57  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-07-2022 Lugar : Domicilio  
N° Dias : 5 Dirección : AVENIDA SANTA CRUZ #2106 CONDOMINIO ALTO LA CRUZ 2, La Cruz  
Fecha término : 05-07-2022 Teléfono : 09-42804583  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador  
Fecha Última Modificación : 30-06-2022 17:22 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-B  
Fecha de Recepción : 30-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 30-06-2022 18:03 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72699940-6** y código de verificación: **2df35b**

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

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

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de seiscientos 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 072693031-7

de

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

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	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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):		
DIRECCIÓN CALLE, N° DEPTO, COMUNA		San José 18B,
Quillota		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		09-88547584

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S U L A N T A Y				O Y A N E D E L				N I C O L A S				1 8 7 4 6 7 3 2				2
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
Número colegio médico				CORREO ELECTRÓNICO				MEDICINA GENERAL				1				
REG. COLEGIO PROFESIONAL								ESPECIALIDAD				1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA				
09-966529460/				Aconcagua N 13, Quillota				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL				
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN												

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

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

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072693031-7

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR											
692604000			8						30062022		
RUN			TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)					
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520. QUILLOTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILLOTA											
COMUNA						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN					

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

8

#### OCUPACION

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

16

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

<h4>REGIMEN PREVISIONAL</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1= D.L. 3501 INP.  <input type="checkbox"/> 2= D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> - LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. <u>PROVIDA-</u></p>	<h4>CALIDAD DEL TRABAJADOR</h4> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1= TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834  <input type="checkbox"/> 2= TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834  <input type="checkbox"/> 3= TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  <input type="checkbox"/> 4= TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 8</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<h4>SEGURO DE DESEMPLEO</h4> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 1= SI    2= NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 2 1= SI    2= NO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 8</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
--	--	--

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

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

LA ARAUCANA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072693031-7

### 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 O.F.L. 1. 309600 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B  
(INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
B	04	2022	30	\$ 0	\$ 648.474	\$ 0	0
B	05	2022	30	\$ 0	\$ 668.799	\$ 0	0
B	06	2022	30	\$ 0	\$ 648.474	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

648.474
---------

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072693031-7

Sucursal : Municipalidad de Quillota - DESAM - CECOSF Cerro Mayaca

Fecha Otorgamiento : 30-06-2022 16:12 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : Sulantay Oyanedel, Nicolas  
Rut : 18746732-2  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : Aconcagua N 13, Quillota - Tel: 09-966529460

## 2. Datos Trabajador

Nombre : ALVARADO CISTERNAS, BÉLGICA DE LAS MERCEDES  
Rut : 12820030-4  
Edad : 47  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-07-2022 Lugar : Domicilio  
N° Dias : 1 Dirección : san jose 18B, Quillota  
Fecha término : 01-07-2022 Teléfono : 09-88547564  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF  
Fecha Última Modificación : 30-06-2022 16:12 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 30-06-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 30-06-2022 17:56 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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

Folio: **72693031-7** y código de verificación: **f6d01e**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072734638-4

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR											
69260400				8						01072022	
RUN				TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520. QUILLOTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILLOTA											
COMUNA				CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN							

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

#### OCUPACION

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

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO:  8  - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. PROVIDA -

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

24012020

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
 2 = NO

24012020

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072734638-4

### 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. 1-306/90 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B. (INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.729.914	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.729.914	\$ 0	0
8	06	2022	30	\$ 0	\$ 1.729.914	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.729.914
-----------

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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

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

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072734638-4

**Sucursal :** Clínica Los Leones - Clínica Los Leones  
**Fecha Otorgamiento :** 01-07-2022 12:11 hrs.  
**Entidad que se pronuncia :** FONASA  
**Empleador :** DEPARTAMENTO DE SALUD I, MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** Gamboa Rivero, Dailyneth Karin  
**Rut :** 26611484-2  
**Especialidad :** MEDICINA GENERAL  
**Dirección :** Almirante Latorre 98, Calera - Tel: 33-2228511

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** LÓPEZ AHUMADA, MARÍA IDALIA  
**Rut :** 13764849-0  
**Edad :** 42  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 01-07-2022      **Lugar :** Domicilio  
**N° Dias :** 4      **Dirección :** A. Alessandri, #25 San Isidro, quillota, Quillota  
**Fecha Término :** 04-07-2022      **Teléfono :** 09-97158302  
**Tipo :** Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Validadá por CCAF Totalmente  
**Fecha Última Modificación :** 01-07-2022 21:51 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 69260400-8  
**Fecha de Recepción :** 01-07-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 01-07-2022 17:01 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72734638-4** y código de verificación: **38bf29**

El que incurra en las falsedades del artículo 183 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.  
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.  
Artículo 202 del Código Penal.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072612733-6

de

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

S	A	N	H	U	E	Z	A	B	A	R	A	H	O	N	A	C	A	R	L	A	A	N	D	R	E	A	1	3	9	9	1	3	7	6	-	0
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO					NOMBRES					RUN																			
2	9	0	6	2	0	2	2	0	1	0	7	2	0	2	2	4	1	F																		
FECHA OTORGAMIENTO							FECHA INICIO REPOSO					EDAD		SEXO																						
3	0	T R E I N T A																																		
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS																																		

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

#### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
FECHA NACIMIENTO															

#### A.3 TIPO LICENCIA

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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL  1 = SI  
2 = NO

INICIO TRAMITE INVALIDEZ  2 = SI  
1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

\_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO

\_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ MINUTOS

TRAYECTO  1 = SI  
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

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

DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO., COMUNA victor vergara depto 101

torre G, Quilota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-34000391

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

T	O	R	O	P	É	R	E	Z	J	A	I	M	E	A	N	D	R	É	S	1	6	6	5	7	5	4	6	-	K
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN																	
32715-8				CORREO ELECTRÓNICO				Traumatología y Ortopedia				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN																	
REG. COLEGIO PROFESIONAL				calle Ariztia 1465, Valparaíso				DIRECCIÓN				Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL																	
33-333236/				TELÉFONO/FAX																									

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

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

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



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



N° 3 072612733-6

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE OU																							
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																							
69260400						8							29062022										
RUN						TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)											
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520. QUILLOTA																							
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																							
QUILLOTA																							
COMUNA						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																	

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

### OCUPACION

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

TENS

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

#### REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO  5  - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

#### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

1  1  0  5  2  0  1  6

#### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida  1 = SI  
2 = NO

1  1  0  5  2  0  1  6

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

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

LA ARAUCANA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



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



N° 3 072612733-6

## CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANGTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.306/90 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	04	2022	30	\$ 0	\$ 423.066	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 365.021	\$ 0	0
5	06	2022	30	\$ 0	\$ 389.549	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

389.549
---------

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

2 1 = SI  
2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

*[Firma]*  
**JEFE DE PERSONAL  
 DEPTO. DE SALUD  
 MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072612733-6

**Sucursal :** Sociedad Centro de Salud Oxigenoterapia Hiperbarica Limitada -  
Sociedad Centro de Salud Oxigenoterapia Hiperbarica Limitada

**Fecha Otorgamiento :** 29-06-2022 15:21 hrs.

**Entidad que se pronuncia :** FONASA

**Empleador :** DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** TORO PÉREZ, JAIME ANDRÉS  
**Rut :** 16657546-K  
**Especialidad :** Traumatología y Ortopedia  
**Dirección :** calle Ariztia 1465, Valparaíso - Tel: 33-333236

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** SANHUEZA BARAHONA, CARLA ANDREA  
**Rut :** 13991376-0  
**Edad :** 41  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 01-07-2022      **Lugar :** Domicilio  
**N° Dias :** 30      **Dirección :** vicir vergara depto 101 torre G, Quillota  
**Fecha término :** 30-07-2022      **Teléfono :** 09-34000391  
**Tipo :** Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador para CCAF  
**Fecha Última Modificación :** 29-06-2022 15:21 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 69260400-8  
**Fecha de Recepción :** 29-06-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 30-06-2022 13:02 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72612733-6** y código de verificación: **0c5dc9**

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





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

MINISTERIO DE SALUD



Nº 3 072743908-0

**SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 692604000-8 TELEFONO: 01072022

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520, QUILLOTA

QUILLOTA COMUNA

CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

**ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR**

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

8

**OCUPACION**

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

19

enfermera

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

**REGIMEN PREVISIONAL**

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

CÓDIGO: 5 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE: INT. PREV. HABITAT -

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

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

2

22062009

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

**SEGURO DE DESEMPLEO**

Trabajador afiliado a AFC:  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duración indefinida:  1 = SI  
 2 = NO

22062009

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**

B

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**

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

NUEVA MASVIDA (EX MASVIDA)

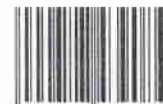
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072743908-0

### CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.  
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1.308/80 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	04	2022	30	\$ 0	\$ 2.081.196	\$ 0	0
5	05	2022	30	\$ 0	\$ 2.081.196	\$ 0	0
5	06	2022	30	\$ 0	\$ 2.081.196	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.081.196
-----------

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

*[Firma]*  
**JEFE DE PERSONAL**  
**DEPTO. DE SALUD**  
**MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



**Sucursal :** Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha  
**Fecha Otorgamiento :** 01-07-2022 13:59 hrs.  
**Entidad que se pronuncia :** Nueva Masvida (ex Masvida)  
**Empleador :** DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

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

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** ANDRADE BRITO, SANDRA XIMENA  
**Rut :** 15062531-9  
**Edad :** 40  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 01-07-2022      **Lugar :** Domicilio  
**N° Dias :** 7      **Dirección :** VIÑA ERRAZURIZ 2127, Quillota  
**Fecha término Tipo :** 07-07-2022      **Teléfono :** 09-63411194  
Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Tramitada por Empleador  
**Fecha Última Modificación :** 01-07-2022 13:59 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 69260400-8  
**Fecha de Recepción :** 01-07-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 01-07-2022 17:11 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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

Folio: **72743908-0** y código de verificación: **d0f586**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.

*[Handwritten signature]*



# Licencia Medica

Nº3 Folio: 11024238-7

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.

OPERADOR: A

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ASOCIADO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
7813501-4	3	SI	81603000-0 FONASA	25807721-0	154327		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO DE MUTACION	TIPO LICENCIADOR
1- OTORGADA	01-07-22 11:56	10100	89200400-8				
51- TRAMITADA PARA CGAF	02-07-22 10:06	10105	89200400-8				
52- VALIDADA POR CGAF	02-07-22 10:53	10105	89200400-8				

*[Handwritten initials]*

SECCION A USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ASTUDILLO	SILVA	JOCELYN KATHERINE	15766252-K	37	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ROSA	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

01	07	22
Día	Mes	Año

FECHA VENCIMIENTO

01	07	22
Día	Mes	Año

EDAD (AÑOS)

30

NÚMERO DE PALABRAS

TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1- Enfermedad o Accidente Común  
 2- Prostagma Médica Preventiva  
 3- Licencia Maternal Pre y Post Natal  
 4- Enfermedad Grave Hija Menor de 1 año  
 5- Accidente del Trabajo o del Trayecto  
 6- Enfermedad Profesional  
 7- Patología del Embarazo

1

SI (SUSCRIBIENDO)  1  2  3  4  5  6  7

FECHA Y FORMA DE EMISION DEL REPOSO DEL TRABAJADOR

FECHA DE EMISION DEL REPOSO

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1- Reposo Laboral Total  
 2- Reposo Laboral Parcial

1  2

TIPO DE REPOSO

1- Su Domicilio  
 2- Hospital  
 3- Otro Domicilio

ADRESA DEL REPOSADO

DIRECCION Y ALLE DEL REPOSADO

LOS AARAYANES 1280 QUILLOTA

TELÉFONO PERSONAL CON CONTACTO

941859900

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

JARA	BURGOS	ANGEL	25007721-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

1	1-Médico 2-Dentista 3-Matrona	REGISTRO CÓDIGO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		DOC.ANGEL.JARA78@GMAIL.COM

JOCORNAL 87 Puerto Alto Chile	0		
DIRECCION	TELEFONO		FAX

Firma Electrónica

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.7 COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	JOCELYN.ASTUDILLO.S@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO DE PROBLEMA	CODIGO DIAGNOSTICO DE COMORBICIDAD DIAGNOSTICO (LUGO)	INDICACION DE REPOSICION	FECHA DE EMISION	

# Licencia Medica

Nº3 Folio: 11024238-7

OPERADOR: 8

La COMPN, la Unidad de Licencias Medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado a cambiarse de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.O. No 3/1984.  
MINISTERIO DE SALUD

## SECCION C. RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD (MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA)		69260400-8	986571950	FECHA RECEPCION LICENCIA POR 15 APLICACION	EDICION (COMUNA) 0001/00000000
CLOINDO VELIZ		QUILLOTA		01 07 22 Dia Mes Años	
1-Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1-Minas, Petróleo y Carbón 2-Industrias Manufactureras 3-Contratación 4-Ferrocarril, Gas y Agua 5-Comercio 6-Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 7-Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otras 8-Servicios Estatales, Sociales, Personales e Informáticos 9-Actividad No Clasificada		10- Ejecutivo o Directivo 11- Profesional 12- Otro Profesional 13- Técnico 14- Operario 15- Operario 16- Administrativo 17- Operario, Trabajador Manual 18- Trabajador de Casa Particular 19- Otro (Especificar)			

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

REGIMEN PREVISIONAL 1-10 L. 3501 INP 2-No L. 3500 A.F.P. CODIGO 1008 LETRA (CAJA) <input type="checkbox"/> PREVIJ <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PREVIJ PROVIDA	TIPO DE TRABAJADOR 1-Trabajador sector público afecto a la ley 11 18.334 2-Trabajador sector público no afecto a la ley 11 18.334 3-Trabajador dependiente sector privado 4-Trabajador independiente	SUCESO DEPREVIC TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C. 1-No 2-Si CONTRATO DE DURACION 1-Si 2-No INDEFINIDA
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAP 01 07 22 Dia Mes Año	FECHA INGRESO APLICACION LICENCIA PREVISIONAL 06 07 18 Dia Mes Año	FECHA CONTRATO DE PREVIJ 06 07 18 Dia Mes Año
SUBSIDIO PREVIJ (LEY 11 18.334) A-Servicio de Salud B-Seguro C-C.A.F. D-Empleador	REGIMEN LEGISLACION PREVIJ 1-Servicio de Salud 2-Mutual C-INP D-Empleador	

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO  
LA ARAUCANA

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

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público deben registrar sus ingresos en las columnas C, D y E, cuando correspondiera.  
Los trabajadores del sector público que utilizan para desahucio y seguros previsionales en virtud del D.F.L. 1-3063/00 además deben registrar remuneraciones en la columna B.  
INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TPO) SI SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPOSIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDAN A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 D.F.L. N. 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL		REMINERACION IMPOSIBLE MES ANTERIOR INICIO LICENCIA MEDICA (TOPE 105,8 U.F.) PARA TRABAJADOR AFILIADO A A.F.C.
	MES	AÑO	N DE DIAS	IMPOSIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORPORACION MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPOSIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 75,2 U.F.)	MONTO	N DE DIAS	
1008	06	2022	30	0	692908	0	0	\$ 602908
1008	05	2022	30	0	648581	0	0	
1008	04	2022	30	0	662908	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 ULTIMOS 6 MESES:

TOTAL DIAS	DESDE DIA MES AÑO	HASTA DIA MES AÑO	2	1-No 2-No
ART. 13 - EL EMPLEADOR DEBERA PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA ANTE EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES DE RECEPCIONADO EL DOCUMENTO.				
FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE				

### C.5 COMPLEMENTO

15185	1-No 2-No
-------	--------------

CODIGO TRABAJADOR TIPO DE MES DEL PREVIJ (MAYORACIONES)

DETALLE	TIPO ARCHIVO	URL ARCHIVO
MES ANO	1	VER ARCHIVO
NOMBRE HABER	1	VER ARCHIVO
MONTO HABER	1	VER ARCHIVO





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



Nº 3 072755938-8

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR											
69260400				8						01072022	
RUN				TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
CLORINDO VELIZ 520 DEPTO. 520. QUILOTTA											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
QUILOTTA											
COMUNA				CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN							

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

### OCUPACION

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

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

#### REGIMEN PREVISIONAL

<p><input checked="" type="checkbox"/> 2 1= D.L. 3501 INP.          2= D.L. 3500 A.F.P.</p>	<p>CÓDIGO: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> - LETRA (CAJA PREV.)</p>
<p>NOMBRE          INT. PREV. PROVIDA -</p>	

#### CALIDAD DEL TRABAJADOR

<p><input checked="" type="checkbox"/> 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>0 1 0 2 2 0 1 7</p>
<p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>	

#### SEGURO DE DESEMPLEO

<p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 = SI          2 = NO</p>	<p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 = SI          2 = NO</p>
---	---

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

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

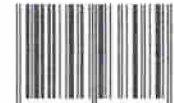
<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</p> <p><input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD          F = MUTUAL          G = INP          H = EMPLEADOR</p>
---

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



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA  
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072755938-8

## 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. N° 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.  
(INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44.1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
8	04	2022	30	\$ 0	\$ 849.490	\$ 0	0
8	05	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0
8	06	2022	30	\$ 0	\$ 899.947	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

899.947

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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 recepción del documento.

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072755938-8

Sucursal : Soc. Prof. Medicos Diagnocal Ltda - Soc. Prof. Medicos Diagnocal Ltda

Fecha Otorgamiento : 01-07-2022 16:26 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : lopez galindo , maria valentina  
Rut : 27139795-K  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : J.J Perez #507 , Calera - Tel: 9-49189951

## 2. Datos Trabajador

Nombre : LILLO FIGUEROA, ERIK SEBASTIÁN  
Rut : 16700847-K  
Edad : 34  
Sexo : Masculino  
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-07-2022 Lugar : Domicilio  
N° Días : 5 Dirección : pedro felix vicuña #217, Nogales  
Fecha término : 05-07-2022 Teléfono : 09-61965019  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente  
Fecha Última Modificación : 01-07-2022 21:53 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 01-07-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 01-07-2022 17:26 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en [www.licencia.cl](http://www.licencia.cl) en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **72755938-8** y código de verificación: **b36c4b**

El que incurra en las faltas del artículo 183 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072474752-3

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

#### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERNÁNDEZ	FIGUEROA	ALICIA MARGA	17635619	7
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
28062022	01072022	31	F	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
30	TREINTA			
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS			

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

#### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
FECHA NACIMIENTO				

#### A.3 TIPO LICENCIA

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 TRÁMITE INVALIDEZ  2 = SI 1 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO:  /  /

HORA:  :       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  3 = SU DOMICILIO  
 2 = HOSPITAL  
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) ambulatorio - libre desplazamiento

DIRECCIÓN: CALLE, Nº, DEPTO, COMUNA Anibal Pinto 1227, Quillota

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-82729728

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FUENTES	LEÓN	CRISTÓBAL IG	16574118	8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
Número colegio médico	PSIQUIATRÍA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL	ESPECIALIDAD			
33-2298000/				
TELÉFONO/FAX	La Concepción 1050, Quillota			
	DIRECCIÓN			

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA PROFESIONAL

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

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

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

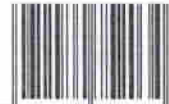




# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072474752-3

### CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-306380 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA D. (INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
34	04	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0
34	05	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0
34	06	2022	30	\$ 0	\$ 799.018	\$ 0	0

**% DESAHUCIO:**

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

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

799.018
---------

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

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

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

2 1 = SI  
2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO



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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072474752-3

**Sucursal :** Hospital San Martín de Quillota - Hospital San Martín de Quillota  
**Fecha Otorgamiento :** 28-06-2022 08:19 hrs.  
**Entidad que se pronuncia :** FONASA  
**Empleador :** DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

**Profesional :** Fuentes León, Cristóbal Ignacio Alonso  
**Rut :** 16574118-8  
**Especialidad :** PSIQUIATRÍA  
**Dirección :** La Concepción 1050, Quillota - Tel: 33-2298000

## 2. Datos Trabajador

**Nombre :** FERNÁNDEZ FIGUEROA, ALICIA MARGARITA  
**Rut :** 17635619-7  
**Edad :** 31  
**Sexo :** Femenino  
**Tipo Licencia :** 1. Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio :** 01-07-2022      **Lugar :** Otro Domicilio  
**N° Días :** 30      **Dirección :** Anibal Pinto 1227, Quillota  
**Fecha término Tipo :** 30-07-2022      **Teléfono :** 09-82729729  
**Tipo :** Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado :** Validada por CCAF Totalmente  
**Fecha Última Modificación :** 29-06-2022 00:21 hrs.  
**Motivo Anulación :**  
**Motivo Rechazo :**  
**Motivo Devolución :**

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador :** 69260400-8  
**Fecha de Recepción :** 28-06-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento :** 28-06-2022 17:00 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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

Folio: **72474752-3** y código de verificación: **ac9d4d**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.





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



Nº 3 072716704-8

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QU

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

RUN: 69260400 - 8 TELEFONO: 01072022

FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)

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

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Q U I L L O T A

COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

8

### OCUPACION

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

16

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

2

#### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC 2 1 = SI  
2 = NO

Contrato de duración indefinida 1 1 = SI  
2 = NO

01121998

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

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

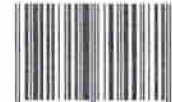
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072716704-8

### 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. N° 3003/90 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73,2 UF)	MONTO	N° DÍAS
33	04	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
33	05	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0
33	06	2022	30	\$ 0	\$ 1.101.828	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

1.101.828
-----------

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

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

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

Las remuneraciones imposables 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 recepción del documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

*[Firma]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 072716704-8

**Sucursal** : Municipalidad de Quillota - DESAM - CES Miguel Concha  
**Fecha Otorgamiento** : 01-07-2022 09:05 hrs.  
**Entidad que se pronuncia** : FONASA  
**Empleador** : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

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

## 2. Datos Trabajador

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

## 3. Datos Reposo

**Fecha Inicio** : 01-07-2022      **Lugar** : Domicilio  
**N° Dias** : 3      **Dirección** : DOS 120 RAFAEL ARIZTÍA, Quillota  
**Fecha término** : 03-07-2022      **Teléfono** : 09-74672221  
**Tipo** : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

**Estado** : Tramitada por Empleador para CCAF  
**Fecha Última Modificación** : 01-07-2022 09:05 hrs.  
**Motivo Anulación** :  
**Motivo Rechazo** :  
**Motivo Devolución** :

## 5. Datos del Empleador

**Rut del Empleador** : 69260400-8  
**Fecha de Recepción** : 01-07-2022  
**Fecha de envío a pronunciamiento** : 01-07-2022 10:22 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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

Folio: **72716704-8** y código de verificación: **bfa9e5**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.





# Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

## DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 072844831-8

### SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

D E P A R T A M E N T O										D E S A L U D										I . M U N I C I P A L I D A D										D E Q U									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																							
6 9 2 6 0 4 0 0 0					- 8										0 4 0 7 2 0 2 2																								
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)																													
C L O R I N D O V E L I Z										5 2 0 D E P T O . 5 2 0 . Q U I L L O T A																													
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																							
Q U I L L O T A																																							
COMUNA										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																													

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

8

#### OCUPACION

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

19

TENS

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

##### REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO  3  5 - LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV. UNO -

##### CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

0  1  1  1  2  0  1  9

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

##### SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO

Contrato de duracion indefinida  1 = SI  
 2 = NO

0  1  1  1  2  0  1  9

FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

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

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

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

L A A R A U C A N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 072844831-8

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. N.º 3063/92) ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B. (INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES, AÑO, N° DÍAS, REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N.º 44, 1978), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL. Includes data for months 04, 05, and 06 of 2022.

% DESAHUCIO
0 0

(Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,1 UF) para trabajador afiliado a AFC)

842.439

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

Table for Maternal Licenses with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES, AÑO, N° DÍAS, REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERÍODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DEL N.º 44, 1978), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL.

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

2 1 = SI
2 = NO

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

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

Handwritten signature and blue stamp: JEFE DE PERSONAL, DEPTO. DE SALUD, MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA. Below: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

# Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : GENARO ADAN VEGA VEGA - GENARO ADAN VEGA VEGA

Fecha Otorgamiento : 04-07-2022 21:59 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : DEPARTAMENTO DE SALUD I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

## 1. Datos Profesional

Profesional : Vega Vega, Genaro  
Rut : 15740094-0  
Especialidad : MEDICINA GENERAL  
Dirección : FREIRE 1551, LOCAL 07, Quillota - Tel: 33-2291286

## 2. Datos Trabajador

Nombre : FUENTES VEGA, CAMIL A ANDREA  
Rut : 18558924-6  
Edad : 28  
Sexo : Femenino  
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

## 3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 01-07-2022 Lugar : Domicilio  
N° Dias : 1 Dirección : CALBUCO 1280, POBLACIÓN ANTUMAPU, Quillota  
Fecha término : 01-07-2022 Teléfono : 09-46376476  
Tipo : Reposo Total

## 4. Estado de la licencia

Estado : Validada por CCAF Totalmente  
Fecha Última Modificación : 05-07-2022 12:20 hrs.  
Motivo Anulación :  
Motivo Rechazo :  
Motivo Devolución :

## 5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69260400-8  
Fecha de Recepción : 04-07-2022  
Fecha de envío a pronunciamiento : 05-07-2022 10:39 hrs.

## 6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

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

Folio: **72844831-8** y código de verificación: **8dec4c**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.