

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

07 / 04 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 07 / 04 / 2024

Hasta: 08 / 04 / 2024

Número de días: 2

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

08 / 04 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 09 / 04 / 2024 Hasta: 15 / 04 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

18 / 04 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 16 / 04 / 2024

Hasta: 22 / 04 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

18 / 04 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 23 / 04 / 2024 Hasta: 25 / 04 / 2024

Número de días: 3

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

23 / 04 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 26 / 04 / 2024 Hasta: 02 / 05 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

02 / 05 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 03 / 05 / 2024 Hasta: 09 / 05 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

09 / 05 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 10 / 05 / 2024 Hasta: 15 / 05 / 2024

Número de días: 6

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

15 / 05 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 16 / 05 / 2024

Hasta: 06 / 06 / 2024

Número de días: 22

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

06 / 06 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 07 / 06 / 2024

Hasta: 27 / 06 / 2024

Número de días: 21

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

27 / 06 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 28 / 06 / 2024 Hasta: 03 / 07 / 2024

Número de días: 6

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

03 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 04 / 07 / 2024 Hasta: 17 / 07 / 2024

Número de días: 14

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

17 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 18 / 07 / 2024

Hasta: 31 / 07 / 2024

Número de días: 14

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

31 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0
RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

948616134
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 01 / 08 / 2024 Hasta: 14 / 08 / 2024

Número de días: 14

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400001361-000
Número de Orden de Reposo

11 / 09 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8357838

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

07 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

EDUARDO HERNAN PEREZ ORELLANA

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.010.272-0

RUT

POB. EL MIRADOR, CASA 25

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

948616134

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 15 / 08 / 2024

Hasta: 21 / 08 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

FRANCESCA CASTELLETTO RUDOLF

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.751.911-1

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240500004851-000
Número de Orden de Reposo

29 / 05 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8448502

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

29 / 05 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

FABIOLA ALEGRE IBAÑEZ

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.388.019-8

RUT

VILLA LEONARDO DA VINCI PSJ. PIERO DE LA FRANCESCA NÂ°

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

83378522

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 29 / 05 / 2024

Hasta: 31 / 05 / 2024

Número de días: 3

E. Identificación del Médico

AGUSTIN RAMIREZ CARRASCO

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

18.808.023-5

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240600002871-000
Número de Orden de Reposo

18 / 06 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8482556
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

18 / 06 / 2024
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

FABIOLA ANDREA BAÑADOS SEGURA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

13.760.357-8
RUT

YAKAS 9 COND LAS CUMBRES
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

LA CRUZ
Comuna

91322025
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 18 / 06 / 2024 Hasta: 19 / 06 / 2024

Número de días: 2

E. Identificación del Médico

ALONSO JANDER PALMA
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

19.814.867-9
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.



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 18565287-4
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96522500-5 : MASVIDA S.A.	14417424-0	379284

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	18-06-24 18:11	10100	69060100-1				
5- TRAMITADA	19-06-24 20:44	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	24-06-24 17:29	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	16-08-24 08:33	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	08-10-24 10:08	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

PINTO	GOMEZ	EVELYN SOLEDAD	8011328-5	52	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
18 06 24 Día Mes Año	23 06 24 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1	1=SI 2=NO	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1=SI 2=NO
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/>	1=SI 2=NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> 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;Nº;DEPTO;COMUNA	MANUEL RODRIGUEZ 48 LA CRUZ CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	985769334		

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ARMIJO	MUÑOZ	JOSÉ FERNANDO	14417424-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

NEUROLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	JARMIJOM@YAHOO.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

PUDETO 311 # QUILLOTA CHILE	992208947	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

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.

A.C COMPLEMENTO

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

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

ISAPRE MASVIDA		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	24-0130237	ISAPRE MASVIDA	88	
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	23 06 24 Día Mes Año	23 06 24 Día Mes Año	0 DÍAS	CONFIDENCIAL	2 1=Primera 2=Continuación	60
2 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Redúcese 5=Pendiente de Resolución	CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A=Mañana B=Tarde C=Noche	C 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.		
REDICTAMEN 2						

SIN ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE RESPALDEN PRÓRROGA, FUNDAMENTADO EN PERITAJE. ART. 21 DS 3-84, LEY 20.585.

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
19 06 24 Día Mes Año	24 06 24 Día Mes Año
REDICTAMEN	BENJAMIN VICENTE PARADA 6627000-9
01 01 00 Día Mes Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

11453-6

REGISTRO COLEGIO MÉDICO

ISAPRE MASVIDA		REDICTAMEN	24-0169642	ISAPRE MASVIDA	88	
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	23 06 24 Día Mes Año	23 06 24 Día Mes Año	0 DÍAS	CONFIDENCIAL	2 1=Primera 2=Continuación	60
2 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Redúcese 5=Pendiente de Resolución	CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A=Mañana B=Tarde C=Noche	C 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.		
REDICTAMEN 1						

COMPIN SUBCOMISION VIÑA DEL MAR MANTIENE RECHAZO SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° 5324028533

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
19 06 24 Día Mes Año	16 08 24 Día Mes Año
REDICTAMEN	BENJAMIN VICENTE PARADA 6627000-9
16 08 24 Día Mes Año	NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

11453-6

REGISTRO COLEGIO MÉDICO

ISAPRE MASVIDA		REDICTAMEN	24-0209428	ISAPRE MASVIDA	88	
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	23 06 24 Día Mes Año	22 07 24 Día Mes Año	30 DÍAS	CONFIDENCIAL	2 1=Primera 2=Continuación	60
1 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Redúcese 5=Pendiente de Resolución	CAUSA RECHAZO 1=Reposo Injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A=Mañana B=Tarde C=Noche	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.		
REDICTAMEN 1						

COMPIN SUBCOMISION VIÑA DEL MAR AUTORIZA SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° 5324040319

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

FECHA DE RECEPCIÓN EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES 19 06 24 Día Mes Año	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN SERVICIO DE SALUD O ISAPRES 08 10 24 Día Mes Año	REDICTAMEN 08 10 24 Día Mes Año	BENJAMIN VICENTE PARADA 6627000-9 NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
			11453-6 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	18 06 24 Día Mes Año	
MAIPÚ 330 330	QUILLOTA			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD	OCUPACIÓN	
ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR 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			13 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 2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 1033 Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. CAPITAL -	CALIDAD TRABAJADOR 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	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC 2 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida 2 1=Si 2=No
FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF 19 06 24 Día Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL 04 12 93 Día Mes Año	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01 11 23 Día Mes Año

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7 D A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6 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 imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% 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	
1033	05	2024	30	0	1853895	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C. \$ 1853895
1033	04	2024	30	0	1853895	0	0	
1033	03	2024	30	0	1853895	0	0	

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
30	24	05	2024	22	06	2024
30	24	04	2024	23	05	2024

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.

15	05	03	2024	19	03	2024
----	----	----	------	----	----	------

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

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20250100002237-000
Número de Orden de Reposo

16 / 01 / 2025
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8863306
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

16 / 01 / 2025
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

RAQUEL ESTHER HERRERA TOBAR
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

11.387.569-0
RUT

NEMESIO ANTUNEZ 1860 VILLA EL SENDERO
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

79277077
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 16 / 01 / 2025 Hasta: 17 / 01 / 2025

Número de días: 2

E. Identificación del Médico

CARIDAD ANTUNEZ HERNANDEZ
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

26.926.006-8
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20250300003843-000
Número de Orden de Reposo

22 / 03 / 2025
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8976317
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

20 / 03 / 2025
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

GUISSELA ORNELA DIAZ ROJO
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

17.077.853-7
RUT

PJE LICANRAYEN 1214 POB ANTUMAPU
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

96123899
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 20 / 03 / 2025 Hasta: 22 / 03 / 2025

Número de días: 3

E. Identificación del Médico

VERONICA LILIBETH ALCIVAR NEVAREZ
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

23.471.946-7
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20250300003238-000
Número de Orden de Reposo

07 / 04 / 2025
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

8968749

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

17 / 03 / 2025

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

SONIA ROSA CANALES HERNANDEZ

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

8.920.808-4

RUT

CALLE QUILLOTA 1038

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

99104726

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

Nombre o Razón Social

69.060.100-1

RUT

MAIPÚ N° 330

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 17 / 03 / 2025

Hasta: 21 / 03 / 2025

Número de días: 5

E. Identificación del Médico

JULIETH GONZALEZ MARIÑO

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

25.915.641-6

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20250600001525-000
Número de Orden de Reposo

09 / 06 / 2025
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

9130615
Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

09 / 06 / 2025
Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

VERONICA CECILIA MOYA CAISEO
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

9.824.222-8
RUT

POB REYES CATOILICOS VALENCIA 863
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

84717372
Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Nombre o Razón Social

69.060.100-1
RUT

MAIPÚ N° 330
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

QUILLOTA
Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral Desde: 09 / 06 / 2025 Hasta: 10 / 06 / 2025

Número de días: 2

E. Identificación del Médico

FLORENCIA MARIA PONCE GORMAZ
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

18.582.611-2
RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.



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

N° 3 21607316-9
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR
76135801-4	3	SI	96522500-5 : MASVIDA S.A.	17285826-0	350488

ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	09-06-25 15:45	10100	69060100-1				
5- TRAMITADA	10-06-25 00:29	10100	69060100-1				
7- PRONUNCIADA	11-06-25 15:53	10100	69060100-1				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARTINEZ	CHACANA	NORMA XIMENA	10713499-9	57	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
09 06 25 Día Mes Año	09 06 25 Día Mes Año	15	QUINCE

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 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=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial **SÓLO PARA REPOSO PARCIAL** A=Mañana B=Tarde C=Noche

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA
 CALLE ISABEL RIQUELME 2172 CALERA CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 982091163

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

VALENZUELA	MEZA	LEONARDO	17285826-0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRÍA ADULTOS	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Médico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	391037	PSIQUIATRA.VALENZUELA@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

AVENIDA ITALIA 2025 #2108 # ÑUÑO A CHILE	962156785	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

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	XIMENA.MARTINEZ@QUILLOTA.CL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------

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.

CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

EMAIL TRABAJADOR

SECCIÓN B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE

ISAPRE MASVIDA		PRONUNCIAMIENTO INICIAL	25-0114531	ISAPRE MASVIDA	88
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	09 06 25 Día Mes Año	23 06 25 Día Mes Año	15 DÍAS	CONFIDENCIAL	1 1=Primera 2=Continuación	

1 1=Autorizase 2=Rechazase 3=Ampliase 4=Redúcese 5=Pendiente de Resolución	CAUSA RECHAZO 1=Reposo injustificado 2=Diagnóstico Irrecuperable 3=Fuera de Plazo 4=Incumplimiento 5=Otro(Especificar)	1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	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.
REDICTAMEN 2		SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A=Mañana B=Tarde C=Noche	

INFORME MÉDICO PROTOCOLIZADO ANTE EVENTUAL PRORROGA, ART. 21 DS 3/84, LEY 20585.

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	BENJAMIN VICENTE PARADA 6627000-9 NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
10 06 25 Día Mes Año	11 06 25 Día Mes Año	01 01 00 Día Mes Año	

11453-6
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	09 06 25 Día Mes Año	
MAIPU 330 330	QUILLOTA			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACIÓN
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	13 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
2 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 1005 Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. HABITAT -	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 2 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida 1 1=Si 2=No

FECHA RECEPCIÓN LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
09 06 25 Día Mes Año	02 01 90 Día Mes Año	08 08 01 Día Mes Año

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 Ó 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 Ó 6
D A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	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 imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% 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
1005	05	2025	30	0	2777496	0	0	Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C. \$ 2777496
1005	04	2025	30	0	2777496	0	0	
1005	03	2025	30	0	2777496	0	0	

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.

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.C COMPLEMENTO

10100	<input 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

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400004828-002
Número de Orden de Reposo

22 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

24 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

SERGIO OLIVARES GONZALEZ

9.504.875-7

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

POB.SUR ACONCAGUA, LAS HERAS 581

QUILLOTA

65593824

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

69.060.100-1

Nombre o Razón Social

RUT

MAIPÚ N° 330

QUILLOTA

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 17 / 07 / 2024

Hasta: 22 / 07 / 2024

Número de días: 6

E. Identificación del Médico

AGUSTIN RAMIREZ CARRASCO

18.808.023-5

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico



Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400004828-002
Número de Orden de Reposo

22 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

24 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

SERGIO OLIVARES GONZALEZ

9.504.875-7

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

POB.SUR ACONCAGUA, LAS HERAS 581

QUILLOTA

65593824

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

69.060.100-1

Nombre o Razón Social

RUT

MAIPÚ N° 330

QUILLOTA

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 23 / 07 / 2024

Hasta: 24 / 07 / 2024

Número de días: 2

E. Identificación del Médico

AGUSTIN RAMIREZ CARRASCO

18.808.023-5

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico


Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400004828-002
Número de Orden de Reposo

24 / 07 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

24 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

SERGIO OLIVARES GONZALEZ

9.504.875-7

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

POB.SUR ACONCAGUA, LAS HERAS 581

QUILLOTA

65593824

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

69.060.100-1

Nombre o Razón Social

RUT

MAIPÚ N° 330

QUILLOTA

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 25 / 07 / 2024

Hasta: 31 / 07 / 2024

Número de días: 7

E. Identificación del Médico

AGUSTIN RAMIREZ CARRASCO

18.808.023-5

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

F. Firmas

Firma del Trabajador o
quien lo represente

Firma del Médico


Timbre Entidad

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye la licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades.

20240400004828-002
Número de Orden de Reposo

05 / 08 / 2024
Fecha de Emisión de la Orden

A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Tipo de Denuncia: DIAT DIEP

24 / 04 / 2024

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

SERGIO OLIVARES GONZALEZ

9.504.875-7

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

POB.SUR ACONCAGUA, LAS HERAS 581

QUILLOTA

65593824

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

69.060.100-1

Nombre o Razón Social

RUT

MAIPÚ N° 330

QUILLOTA

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

D. Datos de la Incapacidad Temporal

Fecha de Reposo Laboral

Desde: 01 / 08 / 2024

Hasta: 03 / 08 / 2024

Número de días: 3

E. Identificación del Médico

AGUSTIN RAMIREZ CARRASCO

18.808.023-5

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

F. Firmas

— Firma del Trabajador o quien lo represente —

— Firma del Médico —


— Timbre Entidad —

Se debe entregar copia de este documento al Trabajador, al Empleador y una debe ser incluida en la Ficha Médica del Trabajador.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 121166375-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARCHANT	LOPEZ	FRANCISCO AN	15062205	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
17072025	17072025	43	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
15	QUINCE			
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	[][] [][] [][][][] DÍA 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	
<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 POBLACION LOS LUCUMOS, PASAJE	
COVADONGA 627, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-64891348	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FERNANDEZ	CLARKE	GONZALO ANDR	10358681	K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
26505-5		Traumatología y Ortopedia	1	1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA	
32-2759010/			3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
	calle Ariztia 1465, Valparaíso	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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 121166375-4

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR																						
69060100	-1	17072025																						
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																								
QUILLOTA										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN														
COMUNA																								

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

REGIMEN PREVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = D.L. 3501 INP. <input type="checkbox"/> 2 = D.L. 3500 A.F.P. CÓDIGO <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 - LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. <u>MODELO S.A. -</u>	CALIDAD DEL TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. <input checked="" type="checkbox"/> 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. <input type="checkbox"/> 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. <input type="checkbox"/> 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. 01092003 FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)	SEGURO DE DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO 01012017 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 <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6 <input type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR
--	--

NUEVA MASVIDA (EX MASVIDA)

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 121166375-4

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
34	04	2025	30	\$ 0	\$ 2.695.045	\$ 0	0
34	05	2025	30	\$ 0	\$ 2.695.045	\$ 0	0
34	06	2025	30	\$ 0	\$ 2.712.291	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

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

2.712.291

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)

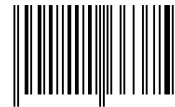
1	1 = SI 2 = NO
---	------------------

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
2	21	05	2025	22	05	2025
5	01	01	2025	05	01	2025

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Sociedad Centro de Salud Oxigenoterapia Hiperbarica Limitada -
Sociedad Centro de Salud Oxigenoterapia Hiperbarica Limitada N° 3 121166375-4

Fecha Otorgamiento : 17-07-2025 12:07 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : Fernandez Clarke, Gonzalo Andres
Rut : 10358681-K
Especialidad : Traumatología y Ortopedia
Dirección : calle Ariztia 1465, Valparaíso - Tel: 32-2759010

2. Datos Trabajador

Nombre : MARCHANT LOPEZ, FRANCISCO ANDRES
Rut : 15062205-0
Edad : 43
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 17-07-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 15 Dirección : POBLACION LOS LUCUMOS, PASAJE COVADONGA 627, Quillota
Fecha término : 31-07-2025 Teléfono : 09-64891348
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 29-07-2025 11:59 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 17-07-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 17-07-2025 11:16 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 25-0143990
Fecha Resolución : 29-07-2025
Desde : 17-07-2025
Hasta : 31-07-2025
Días Autorizados : 15 días

Causa del Rechazo : COMPIN SUBCOMISION VIÑA DEL MAR
autoriza según resolución exenta N°
5325025208

Pendiente por :
Derecho a subsidio : A
Reposo : Reposo Total
Días previos : 0

N° Resolución : 25-0138208
Fecha Resolución : 18-07-2025
Desde : 17-07-2025
Hasta : 23-07-2025
Días Autorizados : 7 días

Causa del Rechazo : Reposo prolongado para diagnóstico. Se solicita
informe médico y exámenes realizados.

Pendiente por :
Derecho a subsidio : A
Reposo : Reposo Total
Días previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **121166375-4** y código de verificación: **I-5ceed2**

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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 124810970-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

M	A	N	Z	O						B	A	R	B	O	Z	A				D	I	O	N	I	S	I	O	E	N	R	6	5	0	9	0	5	4				6
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
1	3	1	0	2	0	2	5	1	3	1	0	2	0	2	5	6	9	M																							
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																							
0	5	C I N C O																																							
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																FIRMA TRABAJADOR																							

Documento firmado electrónicamente

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"/>	DÍA	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>Avenida Adolfo Eastman Cox</u>	
<u>1957 Los Maitenes, Limache</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-32305979</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	O	P	E	Z						T	E	R	A	N						E	M	I	L	I	O	J	O	S	E	2	6	6	5	2	7	6	5			9	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN										
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD											FIRMA PROFESIONAL										
<u>33-244245/</u>										<u>CONDELL N 114, Limache</u>										<u>MEDICINA GENERAL</u>											<i>Documento firmado electrónicamente</i>										
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																					

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

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

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



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 124810970-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	13102025
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
MAIPÚ 330 DEPTO. 330, 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

11	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 3 - LETRA (CAJA PREV) NOMBRE INT. PREV. CUPRUM -	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. 01051991 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 24101992 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
---	---

CONSALUD
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 124810970-6

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 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
3	07	2025	30	\$ 0	\$ 3.466.901	\$ 0	0
3	08	2025	30	\$ 0	\$ 3.466.901	\$ 0	0
3	09	2025	30	\$ 0	\$ 3.466.901	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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

3.466.901

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
4	23	06	2025	26	06	2025

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 124810970-6

Sucursal : SOCIEDAD MÉDICA PRIORITY HEALTH - SOCIEDAD
MÉDICA PRIORITY HEALTH SPA

Fecha Otorgamiento : 13-10-2025 12:35 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : LOPEZ TERAN, EMILIO JOSE
Rut : 26652765-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : CONDELL N 114, Limache - Tel: 33-244245

2. Datos Trabajador

Nombre : MANZO BARBOZA, DIONISIO ENRIQUE
Rut : 6509054-6
Edad : 69
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 13-10-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 5 Dirección : Avenida Adolfo Eastman Cox 1957 Los Maitenes, Limache
Fecha término : 17-10-2025 Teléfono : 09-32305979
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 13-10-2025 16:35 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 13-10-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 13-10-2025 10:17 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 1-0 Causa del Rechazo : AUTORIZADA
Fecha Resolución : 13-10-2025 Pendiente por :
Desde : 13-10-2025 Derecho a subsidio : A
Hasta : 17-10-2025 Reposo : Reposo Total
Días Autorizados : 5 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: **124810970-6** y código de verificación: **I-e04120**

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

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

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

Artículo 202 del Código Penal.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 126577707-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

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

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post 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	[] [] [] [] [] [] DÍA MES AÑO	TRAYECTO	[] 1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS	[] [] [] [] 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	Rodolfo Droget Casa 1534,
Quillota	_____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-63712383

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

W O L F F	G O E P F E R T	E D U A R D O	8 6 3 8 4 2 8	-	0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
32-2699237/	DIEGO ECHEVERRÍA 444, Quillota	Traumatología y Ortopedia			
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL			

Documento firmado electrónicamente

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 ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 126577707-0

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I.	MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	RAZON SOCIAL EMPLEADOR
69060100	-1	24112025
RUN	TELEFONO	FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)
MAIPÚ 330 DEPTO. 330, 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>06011986</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>01051996</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>
---	---

NUEVA MASVIDA (EX MASVIDA)

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO





Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 126577707-0

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 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	08	2025	30	\$ 0	\$ 1.600.682	\$ 0	0
33	09	2025	30	\$ 0	\$ 1.600.682	\$ 0	0
33	10	2025	30	\$ 0	\$ 1.600.682	\$ 0	0

% DESAHUCIO

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

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

1.600.682

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)

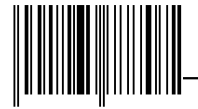
1 = SI
 2 = NO

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
30	16	09	2025	15	10	2025
15	01	09	2025	15	09	2025
30	02	08	2025	31	08	2025
30	03	07	2025	01	08	2025
15	18	06	2025	02	07	2025
10	01	04	2025	10	04	2025

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CENTRO MEDICO TRAUMATOLOGICO QUILLOTA LIMITADA -
CENTRO MEDICO TRAUMATOLOGICO QUILLOTA LIMITADA N° 3 126577707-0

Fecha Otorgamiento : 24-11-2025 12:58 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

1. Datos Profesional

Profesional : WOLFF GOEPFERT, EDUARDO
Rut : 8638428-0
Especialidad : Traumatología y Ortopedia
Dirección : DIEGO ECHEVERRIA 444, Quillota - Tel: 32-2699237

2. Datos Trabajador

Nombre : VALENCIA ALIAGA, CLAUDIA ROXANA
Rut : 9916013-6
Edad : 62
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 25-11-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 3 Dirección : Rodolfo Droget Casa 1534, Quillota
Fecha término : 27-11-2025 Teléfono : 09-63712383
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago
Fecha Última Modificación : 26-11-2025 15:57 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69060100-1
Fecha de Recepción : 24-11-2025
Fecha de envío a pronunciamiento : 25-11-2025 06:48 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución	: 25-0221839	Causa del Rechazo	: Se solicita informe de médico tratante y exámenes realizados.
Fecha Resolución	: 26-11-2025	Pendiente por	:
Desde	: 25-11-2025	Derecho a subsidio	: A
Hasta	: 27-11-2025	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: **126577707-0** y código de verificación: **I-780537**

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 setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.