



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 003040939-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A	C	E	V	E	D	O					U	R	I	B	E							K	A	T	H	E	R	I	N	E		F	R	1	5	3	4	3	1	7	7	-	9
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN													
1	6	0	8	2	0	1	4	1	8	0	8	2	0	1	4	3	0	F																									
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																									
4	2	CUARENTA Y DOS										FIRMA TRABAJADOR																															
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS										<i>Documento firmado electrónicamente</i>																															

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN													
FECHA NACIMIENTO																																											

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p>1</p> <p>1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE</p>	<p>1</p>
<p>LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>AV SAN CARLOS 01871 CASA 181,</u></p> <p>Puente Alto _____</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>02-22682066</u></p>	<p>1</p>

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

C	O	R	D	O	V	A					S	I	L	V	A							O	S	V	A	L	D	O					1	0	0	5	7	7	7	5	-	5
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN												
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA												
2-2996147/										SANTA MARIA, Providencia										OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA										<i>Documento firmado electrónicamente</i>												
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																						

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 003040939-6

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

P O N T I F I C I A U N I V E R S I D A D C A T O L I C A D E C H I L E																									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																									
8 1 6 9 8 9 0 0						-	0	2 - 3 5 4 2 9 1 3						1 6 0 8 2 0 1 4											
RUN								TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)											
V I C U Ñ A M A C K E N A 4 8 6 6 , M A C U L																									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																									
M A C U L																									
COMUNA								CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

OCUPACION

1 9	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). secretaria
-----	--

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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p>1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>CÓDIGO <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> LETRA (CAJA PREV)</p> <p>NOMBRE INT. PREV. <u>HABITAT</u></p>	<p>CALIDAD DEL TRABAJADOR</p> <p>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><input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p>1 2 0 4 2 0 1 0</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<p>SEGURO DE DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>Contrato de duración indefinida <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = SI 2 = NO</p> <p>1 2 0 4 2 0 1 0</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>
--	--	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

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

C O L M E N A

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 003040939-6

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 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	05	2014	30	\$ 0	\$ 638.733	\$ 0	0
5	06	2014	30	\$ 0	\$ 638.733	\$ 0	0
5	07	2014	30	\$ 0	\$ 638.733	\$ 0	0

% DESAHUCIO	
0	0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 99 UF) para trabajador afiliado a AFC

--

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN 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 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
5	10	2013	30	\$ 0	\$ 595.529	\$ 0	0
5	11	2013	30	\$ 0	\$ 595.529	\$ 0	0
5	12	2013	30	\$ 0	\$ 619.029	\$ 0	0

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

<p>Documento firmado electrónicamente</p>
<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 003040939-6

Sucursal : CLÍNICA INDISA - CLÍNICA INDISA (UNIDAD HOSPITALIZADOS)

Fecha Otorgamiento : 16-08-2014 11:49 hrs.

Entidad que se pronuncia : COLMENA

Empleador : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

1. Datos Profesional

Profesional : CORDOVA SILVA, OSVALDO
Rut : 10057775-5
Especialidad : OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Dirección : SANTA MARIA , Providencia - Tel: 2-2996147

2. Datos Trabajador

Nombre : ACEVEDO URIBE, KATHERINE FRANCISCA
Rut : 15343177-9
Edad : 30
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 3. Licencia Maternal Pre y Postnatal

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 18-08-2014 **Lugar :** Domicilio
N° Días : 42 **Dirección :** AV SAN CARLOS 01871 CASA 181, Puente Alto
Fecha término : 28-09-2014 **Teléfono :** 02-22682066
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Resuelta
Fecha Última Modificación : 20-08-2014 04:23 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 81698900-0
Fecha de Recepción : 16-08-2014
Fecha de envío a pronunciamiento : 18-08-2014 12:05 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 3040939-6 **Causa del Rechazo :**
Fecha Resolución : 19-08-2014 **Pendiente por :**
Desde : 18-08-2014 **Derecho a subsidio :** A
Hasta : 28-09-2014 **Reposo :** Reposo Total
Días Autorizados : 42 días **Días previos :** 0