I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN
****

DECRETO ALCALDICIO Nº 207 /

Quillón, 19 ENE 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Fernando Valenzuela, Daniela Padilla, Luis Toledo, Sonia Espinoza, Claudio Pérez y Gabriela Bustamante.
- El Decreto Alcaldicio Nº 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio Nº 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio Nº 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley Nº 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio Nº 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley Nº 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley Nº 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES,** de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

1. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

Nº de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-48169671	Fernando Valenzuela Valenzuela	16396461-9	Médico CECOSF	07	13/01/2016	19/01/2016	BANMEDICA
1-35277931	Daniela Padilla Gómez	16992024-9	Asistente Social CESFAM	07	14/01/2016	20/01/2016	FONASA
1-35050094	Luis Toledo Basualto	7423077-6	Enfermero CESFAM	01	15/01/2016	15/01/2016	MAS VIDA
3-5361699	Sonia Espinoza Campos	12049966-1	Administrativo CECOSF	07	14/01/2016	20/01/2016	FONASA
1-35221652	Claudio Pérez Godoy	15164865-7	TENS CESFAM	02	17/01/2016	18/01/2016	FONASA
1-28167917	Gabriela Bustamante Ulloa	15676428-0	Psicóloga CESFAM	02	15/01/2016	16/01/2016	MAS VIDA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenérsele la remuneración integra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.

3. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.

I. MUNICIPALIDAD SECRETARIO MUNICIPAL

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD ADMINISTRADOR MUNICIPAL

VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
18.01.2016

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 2- 48169671

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
VALENZUELA	VALENZUELA	FERNANDO	16396461 9	

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO DIA	MES	AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
12 01 16	13 01 16			4 10 86	29	01

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
007	SIETE

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: **1** (1 = SI / 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** (1 = SI / 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS
TRAYECTO (1 = SI / 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO
CALLE: 5 S PRIETO
Nº: 763
DPTO:
VILLA O POBLACION: Buenaventura segundo.
COMUNA: Quillota
TELEFONO
CELULAR: 09 76962272
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
CARRASCO	GODOY	DAVID	General	2

RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
15517573 3		DR.DAVIDCARRASCO@GMAIL.COM

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: JACINTO SEPULVEDA
Nº: 330.
COMUNA: Quillota
TELEFONO: 42 2428985

FIRMA DEL PROFESIONAL

DR. DAVID CARRASCO
CIRUJANO DENTI
RUT.15.517.57

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

	DESDE DIA	MES	AÑO	HASTA DIA	MES	AÑO	TOTAL DIAS
01	19	08	2015	18	08	2015	00
02	04	09	2015	06	09	2015	03
03	10	09	2015	20	09	2015	11
04	21	09	2015	30	09	2015	10
05	01	10	2015	21	10	2015	21
06	12	10	2015	18	10	2015	07
07	21	10	2015	31	10	2015	11
08	01	11	2015	09	11	2015	09
09	12	11	2015	30	11	2015	19
10	01	12	2015	18	12	2015	18
11	21	12	2015	31	12	2015	11
12	01	01	2016	12	01	2016	12

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI
2= NO

trabajados.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CENTRO DE SALUD I. MUN. DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLOTA

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1- 35277931

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PADILLA | GÓMEZ | DANIELA
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

16992024 9
RUN

M ó F: F

14 01 16
FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO: 14 01 16
DIA MES AÑO

200488 | 21 | F
FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | SEXO

7 | SIETE
Nº DE DIAS | Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 (1 = SI, 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA MES AÑO

HORA MINUTOS
TRAYECTO (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION
MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO: 1 (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO
18 SEPTIEMBRE
CALLE

525
Nº | DPTO

VILLA O POBLACION

QUILLÓN
COMUNA

TELEFONO | 09 6435080 CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

TOBAR | ALCÁNTAR | PRISCILA
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

Médico Cirujano
ESPECIALIDAD

1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA: 1

16322147 9
RUN

35073
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

Dra. Priscila Tobar Alcántar
Médico Cirujano
Rut: 16.322.147 - 9
RNM 350735

FIRMA DEL PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

LOS BATALLONES
CALLE

1573
Nº

CHILLÁN
COMUNA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
TOTAL DIAS						

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLON

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI
2= NO

trabajados.

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº1- 35050094

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

TOLEDO BASUALTO LUIS BERNA — 7423077 6
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES / RUN / M ó F

150116 — FECHA EMISION LICENCIA
FECHA INICIO DE REPOSO: 150116 (DIA MES AÑO)
220656 — FECHA DE NACIMIENTO
59 — EDAD
M — SEXO

01 — Nº DE DIAS
UNO — Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES / FECHA DE NACIMIENTO / RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

JORGE MONTT
CALLE

1991 — Nº
104 — DPTO

BLOCK B
VILLA O POBLACION

CONCEPCIÓN
COMUNA

TELEFONO / CELULAR: 98627954

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

x [firma] FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

BREVIS CARTES CARLA — MEDICO-CIRUJANO — 1
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES / ESPECIALIDAD

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

17042592 8 — RUN
34300 5 — REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
cl.brevis@gmail.com — CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA — CALLE
159 — Nº
[firma] FIRMA DEL PROFESIONAL

QUILLON
COMUNA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE QUILLON — CENTRO DE SALUD — DIRECCION SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Art. 13 – El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI
2= NO

trabajados.

Licencia Medica

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

*** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA

4 000536 169093

N° 3 FOLIO: 536169-9

Operador : 4

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
ESPINOZA	CAMPOS	SONIA CLOTILDE	12049966-1	46	F

CANAL	EMAIL	DATO
2 - CELULAR		89353654

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
15 (Dia) 01 (Mes) 16 (Ano)	14 (Dia) 01 (Mes) 16 (Ano)	7	SIETE

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un ano y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	FECHA DE NACIMIENTO

A.3 TIPO DE LICENCIA

[1]

1=Enfermedad o Accidente Comun
2=Prorroga Medicina Preventiva
3=Licencia Maternal Pre y Post Natal
4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano
5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
6=Enfermedad Profesional
7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL [1] 1=Si 2=No

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ [2] 1=Si 2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO [ ] 1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

[1] 1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial

SOLO PARA REPOSO PARCIAL [ ] A=Manana B=Tarde C=Noche

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA
PARCELA 7 7 BULNES CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ESPARZA	GUERRA	MARIO RAMIRO	14710840-0

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
MEDICINA FAMILIAR	[1] 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	24922K	RESPARZAG@HOTMAIL.COM

DIRECCION	TELEFONO	FAX
O'HIGGINS 654 # PENCO CHILE	0412261349	

medipass
FIRMADO DIGITALMENTE
PACIENTE

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR

medipass
FIRMADO DIGITALMENTE
Profesional Tratante

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

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 Medica

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

4 000536 169093

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE	RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
I. Municipalidad Quillón Dpto. de Salud	61.972.800-9	2207149		

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD
Francisco Unzueta Nº 159	Quillón	Quillón

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

[0]

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, Profesionales y Otros
8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales
9=Actividad No Especificada

OCUPACION

11=Ejecutivo o Directivo
12=Profesor
13=Otro Profesional
14=Tecnico
15=Vendedor
16=Administrativo
17=Operario, Trabajador Manual
18=Trabajador de Casa Particular
19=Otro (Especificar)

Administrativo

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

Codigo: [0 1] Letra (Caja Prev.) [A]

Nombre Int. Prev. CUPRUM

CALIDAD TRABAJADOR

[ ] 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834.
2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834.
3=Trabajador dependiente sector privado
4=Trabajador Independiente

SEGURO DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC [ ] 1=Si 2=No

Contrato de duracion indefinida [ ] 1=Si 2=No

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
Dia Mes Ano	16-11-2012	16-11-2012

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7

[C] A=Servicio de Salud
B=Isapre
C=C.C.A.F.
D=Empleador

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6

[F] E=Servicio de Salud
F=Mutual
G=INP
H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA los Andes

Licencia Medica

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

4 000536 169093

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda.
Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas deben registrar remuneraciones en la columna B.

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	10	2015			806127		
	11	2015			1.149.186		
	12	2015			1.167.115		

% DESAHUCIO: 11,48

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

$

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Ano	Dia	Mes	Ano
01	10	09	2015	10	09	2015
04	27	10	2015	30	10	2015
03	18	11	2015	20	11	2015
01	04	12	2015	04	12	2015
03	22	12	2015	24	12	2015
07	07	01	2016	13	01	2016

DIRECCION SALUD MUNICIPAL

Art. 13 El empleador debera presentar la licencia medica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente dentro de los tres dias habiles siguientes de recepcionado el documento.

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1- 35221652

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
PEREZ	GODOY	CLAUDIO	15164865-7	

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
18/11/16	17/11/16	14/12/82	33	M

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
02	DOS.

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO
Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: **1** (1 = SI, 2 = NO)
INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO (DIA MES AÑO):

HORA MINUTOS:

TRAYECTO (1 = SI, 2 = NO):

FECHA DE LA CONCEPCION (MES AÑO):

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

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

LUGAR DE REPOSO: **1** (1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: LOS GOLFINHOS

Nº: 840 DPTO:

VILLA O POBLACION: VALLE DEL SOL

COMUNA: QUILLON

TELEFONO: CELULAR: 66557409

CORREO ELECTRONICO:

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
ESCALANTE	VALDE	JORGE	MO	1

RUN: 22825804-0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FRANCISCO VENZUETA.

Nº:

COMUNA: QUILLON.

TELEFONO:

DR. JORGE L. ESCALANTE VALDE
Medico Cirujano
Rut: 22.825.804-0

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON DIRECCION SALUD MUNICIPAL

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO	TOTAL DIAS
	01	12	2016	15	12	2016	15

Art. 13 – El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI
2= NO

trabajados.

GOBIERNO DE CHILE

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. N°3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 1 - 28167917

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
BUSTAMANTE	ULLOA	GABRIELA	15676428 - 0

FECHA EMISION LICENCIA: 15/01/16

FECHA INICIO DE REPOSO: DIA 15 MES 01 AÑO 16

EDAD: 32

M ó F: F (SEXO)

Nº DE DIAS: 02 (DOS)

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	RUN
				-

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
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 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI 2 = NO

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION : CALLE; Nº; DEPTO; COMUNA: marchant #870 Chillán Viejo.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 78065565.

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MOLINA	MUÑOZ	CYRTA ANDD	16763451 - 6

FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD: Medicina General

1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 97844005

CORREO ELECTRONICO

Dra. Cyrta Molina Muñoz
Médico Cirujano

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
03	20	10	2015	22	10	2015
15	09	12	2015	23	12	2015
03	24	12	2015	03	01	2016

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON DIRECCION DE SALUD CENTRO DE SALUD QUILLON

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.

1 = SI
2 = NO