



**DECRETO ALCALDICIO N° 2507/1**

Quillón, 25 JUL 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de: Rogers Jara, Cintia Parada, Andrea Bustos, Andrea Palavecino, Susana Concha.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio N° 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 N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio-Bio, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. Acéptese licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-36347597	Rogers Jara Contreras	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	20/07/2017	20/07/2017	FONASA
1-35799444	Cintia Parada Cartes	[REDACTED]	Asistente Social CESFAM	02	20/07/2017	21/07/2017	FONASA
1-36347596	Andrea Bustos Villanueva	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	02	20/07/2017	21/07/2017	FONASA
3-16888323	Andrea Palavecino Miranda	[REDACTED]	Matrona CESFAM	01	21/07/2017	21/07/2017	NUEVA MAS VIDA
3-16883221	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	14	21/07/2017	03/08/2017	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA**  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MINISTRO DE FE

*ELs/jsb.*  
24.07.2017

**DISTRIBUCIÓN:**

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



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



# Licencia Médica

## Nº 1 - 36347597

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984

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 periodo 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

JARA CONTRERAS ROGERS ALEJ

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
200717	200717		130683	34 M
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD SEXO
01	UNO			
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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	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

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO 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)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº DPTO

VILLA O POBLACION

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

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

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

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

MOLINA MUÑOZ CYRITA AND

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD
		348139	1
		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA

CALLE

QUILLON

COMUNA

159

Nº

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2014 02 28	2014 02 01	28
2014 03 02	2014 02 29	2
2014 03 03	2014 03 01	2
2014 03 04	2014 03 02	2
2014 03 05	2014 03 03	2
2014 03 06	2014 03 04	2
2014 03 07	2014 03 05	2
2014 03 08	2014 03 06	2
2014 03 09	2014 03 07	2
2014 03 10	2014 03 08	2
2014 03 11	2014 03 09	2
2014 03 12	2014 03 10	2
2014 03 13	2014 03 11	2
2014 03 14	2014 03 12	2
2014 03 15	2014 03 13	2
2014 03 16	2014 03 14	2
2014 03 17	2014 03 15	2
2014 03 18	2014 03 16	2
2014 03 19	2014 03 17	2
2014 03 20	2014 03 18	2
2014 03 21	2014 03 19	2
2014 03 22	2014 03 20	2
2014 03 23	2014 03 21	2
2014 03 24	2014 03 22	2
2014 03 25	2014 03 23	2
2014 03 26	2014 03 24	2
2014 03 27	2014 03 25	2
2014 03 28	2014 03 26	2
2014 03 29	2014 03 27	2
2014 03 30	2014 03 28	2
2014 03 31	2014 03 29	2
2014 04 01	2014 03 30	2
2014 04 02	2014 03 31	2
2014 04 03	2014 04 01	2
2014 04 04	2014 04 02	2
2014 04 05	2014 04 03	2
2014 04 06	2014 04 04	2
2014 04 07	2014 04 05	2
2014 04 08	2014 04 06	2
2014 04 09	2014 04 07	2
2014 04 10	2014 04 08	2
2014 04 11	2014 04 09	2
2014 04 12	2014 04 10	2
2014 04 13	2014 04 11	2
2014 04 14	2014 04 12	2
2014 04 15	2014 04 13	2
2014 04 16	2014 04 14	2
2014 04 17	2014 04 15	2
2014 04 18	2014 04 16	2
2014 04 19	2014 04 17	2
2014 04 20	2014 04 18	2
2014 04 21	2014 04 19	2
2014 04 22	2014 04 20	2
2014 04 23	2014 04 21	2
2014 04 24	2014 04 22	2
2014 04 25	2014 04 23	2
2014 04 26	2014 04 24	2
2014 04 27	2014 04 25	2
2014 04 28	2014 04 26	2
2014 04 29	2014 04 27	2
2014 04 30	2014 04 28	2
2014 05 01	2014 04 29	2
2014 05 02	2014 04 30	2
2014 05 03	2014 05 01	2
2014 05 04	2014 05 02	2
2014 05 05	2014 05 03	2
2014 05 06	2014 05 04	2
2014 05 07	2014 05 05	2
2014 05 08	2014 05 06	2
2014 05 09	2014 05 07	2
2014 05 10	2014 05 08	2
2014 05 11	2014 05 09	2
2014 05 12	2014 05 10	2
2014 05 13	2014 05 11	2
2014 05 14	2014 05 12	2
2014 05 15	2014 05 13	2
2014 05 16	2014 05 14	2
2014 05 17	2014 05 15	2
2014 05 18	2014 05 16	2
2014 05 19	2014 05 17	2
2014 05 20	2014 05 18	2
2014 05 21	2014 05 19	2
2014 05 22	2014 05 20	2
2014 05 23	2014 05 21	2
2014 05 24	2014 05 22	2
2014 05 25	2014 05 23	2
2014 05 26	2014 05 24	2
2014 05 27	2014 05 25	2
2014 05 28	2014 05 26	2
2014 05 29	2014 05 27	2
2014 05 30	2014 05 28	2
2014 05 31	2014 05 29	2
2014 06 01	2014 05 30	2
2014 06 02	2014 06 01	2
2014 06 03	2014 06 02	2
2014 06 04	2014 06 03	2
2014 06 05	2014 06 04	2
2014 06 06	2014 06 05	2
2014 06 07	2014 06 06	2
2014 06 08	2014 06 07	2
2014 06 09	2014 06 08	2
2014 06 10	2014 06 09	2
2014 06 11	2014 06 10	2
2014 06 12	2014 06 11	2
2014 06 13	2014 06 12	2
2014 06 14	2014 06 13	2
2014 06 15	2014 06 14	2
2014 06 16	2014 06 15	2
2014 06 17	2014 06 16	2
2014 06 18	2014 06 17	2
2014 06 19	2014 06 18	2
2014 06 20	2014 06 19	2
2014 06 21	2014 06 20	2
2014 06 22	2014 06 21	2
2014 06 23	2014 06 22	2
2014 06 24	2014 06 23	2
2014 06 25	2014 06 24	2
2014 06 26	2014 06 25	2
2014 06 27	2014 06 26	2
2014 06 28	2014 06 27	2
2014 06 29	2014 06 28	2
2014 06 30	2014 06 29	2
2014 07 01	2014 06 30	2
2014 07 02	2014 07 01	2
2014 07 03	2014 07 02	2
2014 07 04	2014 07 03	2
2014 07 05	2014 07 04	2
2014 07 06	2014 07 05	2
2014 07 07	2014 07 06	2
2014 07 08	2014 07 07	2
2014 07 09	2014 07 08	2
2014 07 10	2014 07 09	2
2014 07 11	2014 07 10	2
2014 07 12	2014 07 11	2
2014 07 13	2014 07 12	2
2014 07 14	2014 07 13	2
2014 07 15	2014 07 14	2
2014 07 16	2014 07 15	2
2014 07 17	2014 07 16	2
2014 07 18	2014 07 17	2
2014 07 19	2014 07 18	2
2014 07 20	2014 07 19	2
2014 07 21	2014 07 20	2
2014 07 22	2014 07 21	2
2014 07 23	2014 07 22	2
2014 07 24	2014 07 23	2
2014 07 25	2014 07 24	2
2014 07 26	2014 07 25	2
2014 07 27	2014 07 26	2
2014 07 28	2014 07 27	2
2014 07 29	2014 07 28	2
2014 07 30	2014 07 29	2
2014 07 31	2014 07 30	2
2014 08 01	2014 07 31	2
2014 08 02	2014 08 01	2
2014 08 03	2014 08 02	2
2014 08 04	2014 08 03	2
2014 08 05	2014 08 04	2
2014 08 06	2014 08 05	2
2014 08 07	2014 08 06	2
2014 08 08	2014 08 07	2
2014 08 09	2014 08 08	2
2014 08 10	2014 08 09	2
2014 08 11	2014 08 10	2
2014 08 12	2014 08 11	2
2014 08 13	2014 08 12	2
2014 08 14	2014 08 13	2
2014 08 15	2014 08 14	2
2014 08 16	2014 08 15	2
2014 08 17	2014 08 16	2
2014 08 18	2014 08 17	2
2014 08 19	2014 08 18	2
2014 08 20	2014 08 19	2
2014 08 21	2014 08 20	2
2014 08 22	2014 08 21	2
2014 08 23	2014 08 22	2
2014 08 24	2014 08 23	2
2014 08 25	2014 08 24	2
2014 08 26	2014 08 25	2
2014 08 27	2014 08 26	2
2014 08 28	2014 08 27	2
2014 08 29	2014 08 28	2
2014 08 30	2014 08 29	2
2014 08 31	2014 08 30	2
2014 09 01	2014 08 31	2
2014 09 02	2014 09 01	2
2014 09 03	2014 09 02	2
2014 09 04	2014 09 03	2
2014 09 05	2014 09 04	2
2014 09 06	2014 09 05	2
2014 09 07	2014 09 06	2
2014 09 08	2014 09 07	2
2014 09 09	2014 09 08	2
2014 09 10	2014 09 09	2
2014 09 11	2014 09 10	2
2014 09 12	2014 09 11	2
2014 09 13	2014 09 12	2
2014 09 14	2014 09 13	2
2014 09 15	2014 09 14	2
2014 09 16	2014 09 15	2
2014 09		

# Licencia Médica

Nº1- 35799444

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº3/1984

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 periodo 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

**PELLIDO PATERNO** PANADA **PELLIDO MATERNO** CARTES **NOMBRES** CINTIA EVELYN  
**FECHA EMISION LICENCIA** 200717 **FECHA INICIO DE REPOSO** 200717 **FECHA DE NACIMIENTO** 16/289 **EDAD** 27 **SEXO** F  
**Nº DE DIAS** 02 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** DOS DIAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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).

### 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

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
- SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
- LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
 DIRECCION DE REPOSO: [Redacted]  
 CALLE: [Redacted]  
 NO. [Redacted] DPTO. [Redacted]  
 VILLA O POBLACION: [Redacted]  
 COMUNA: [Redacted]  
 TELEFONO: [Redacted] CELULAR: [Redacted]  
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

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)

**PELLIDO PATERNO** SAN MARTIN **PELLIDO MATERNO** CORREA **NOMBRES** ALVARO **ESPECIALIDAD** CIRUJANO DENTISTA  
**RUN** [Redacted] **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 159 **CORREO ELECTRONICO** alvarosmc@gmail.com  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** FRANCISCO UNZUETA **Nº** [Redacted] **FIRMA DEL PROFESIONAL** [Redacted]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [Redacted]  
 DIRECCION MUNICIPAL SALUD: [Redacted]  
 HASTA: 20071104  
 DESDE: 20071102  
 TOTAL DIAS: 1050





# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 016888323-4

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P	A	L	A	V	E	C	I	N	O	M	I	R	A	N	D	A	A	N	D	R	E	A	R	E	G	I	N
APELLIDO PATERNO									APELLIDO MATERNO						NOMBRES												
2	1	0	7	2	0	1	7	2	1	0	7	2	0	1	7	4	6	F									
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO						EDAD		SEXO											
0	1	U N O																									
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS																									

Documento firmado electrónicamente  
FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN	
FECHA NACIMIENTO																			

### A.3 TIPO LICENCIA

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

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA _____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

S	A	N	C	H	E	Z	A	R	R	I	A	G	A	D	A	P	A	B	L	O	M	A	U	R	I	C
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES														

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	NEUROLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
41-2541940/ TELÉFONO/FAX	Dirección Jorge Alessandri 2047, Hualpén	ESPECIALIDAD	Documento firmado electrónicamente
	DIRECCIÓN		FIRMA PROFESIONAL

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.



# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 016888323-4

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

MUNICIPALIDAD QUILICÓN DPTO. SALUD  
 RAZON SOCIAL EMPLEADOR  
 RUN: 61972800-9 TELEFONO: 42-2209149 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA): 240+2019  
 FRANCISCO UNZUETA 139  
 DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR  
 QUILICÓN  
 COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

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

### 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): Matrona

### 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: [ ] [ ] 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.

**SEGURO DE DESEMPLEO**  
 Trabajador afiliado a AFC:  1 = SI  2 = NO  
 Contrato de duración indefinida:  1 = SI  2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA): 05081996 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): 0508

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

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7**  
 A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.E.  
 D = EMPLEADOR

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6**  
 E = SERVICIO DE SALUD  
 F = MUTUAL  
 G = INP  
 H = EMPLEADOR

NUEVA MAS VIDA  
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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



N° 3 016888323-4

## 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	04	2017					
	05	2017			2.010.699		
	06	2017			2.015.965		
					2.018.547		

% DESAHUCIO  
11.44

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 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 PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 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
15	08	02	2017	22	02	2017
15	23	02	2017	09	03	2017
15	10	03	2017	24	03	2017
15	25	03	2017	09	04	2017
15	04	04	2017	23	04	2017



*[Handwritten signature]*

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 016883221-4

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C O N C H A				A C U Ñ A				S U S A N A B E A T R				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
2 0 0 7 2 0 1 7				2 1 0 7 2 0 1 7				4 9		F					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
1 4		C A T O R C E													
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS													

*Documento firmado electrónicamente*  
FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
[REDACTED]															
FECHA NACIMIENTO															

### A.3 TIPO LICENCIA

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

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA [REDACTED]	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A C U Ñ A		A V I L A		G A B R I E L A N T O		[REDACTED]	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
Número colegio médico		CORREO ELECTRÓNICO		Especialidad		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		DIRECCIÓN		Especialidad		FIRMA PROFESIONAL	
09-93446453/ TELÉFONO/FAX		Pedro Aguirre Cerda # 35, Chillán		Traumatología y Ortopedia		<i>Documento firmado electrónicamente</i>	

**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.





# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 016883221-4

## 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 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A						
	04	2017			849.216		
	05	2017			603.369		
	06	2017			849.216		

% DESAHUCIO

1	1	.	2	7
---	---	---	---	---

Remuneración imponible provisional mes anterior Inicio licencia médica (tope 111.4 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 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A						

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	05	02	2017	19	02	2017
05	22	05	2017	26	05	2017
01	06	07	2017	06	07	2017



[Handwritten signature]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE