

23711



DECRETO ALCALDICIO Nº 1.996

Quillón, D 8 JUN 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Juan Guzmán, María Escobar y Daniela Padilla.
- El Decreto Alcaldicio Nº 1584 de fecha 04 de Mayo del 2017, que Designa Director del CESFAM, en ausencia del titular.
- El Decreto Alcaldicio Nº 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- 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 Nº 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 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 Nº 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:

Nº de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
3-10938295	Juan Guzmán Martínez	[REDACTED]	TENS Posta Coyanco	03	05/06/2017	07/06/2017	FONASA
2-53525140	María Escobar Vivallos	[REDACTED]	Enfermera CESFAM	05	05/06/2017	09/06/2017	NUEVA MAS VIDA
2-53525143	Daniela Padilla Gómez	[REDACTED]	Asistente Social CESFAM	07	06/06/2017	12/06/2017	FONASA

- 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.
- Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

LTB/jsb.
06.01.2017



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

DISTRIBUCIÓN:

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



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.
 *** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



4 10010931829055

N° 3 FOLIO: 1093829-5

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GUZMÁN	MARTÍNEZ	JUAN BAUTISTA		50	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR		993443706			
CANAL		EMAIL	DATO		

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
<input type="text" value="05"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="17"/> <small>Dia Mes Año</small>	<input type="text" value="05"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="17"/> <small>Dia Mes Año</small>	3	TRES

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año 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

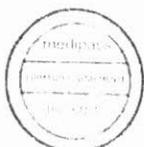
1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva <input checked="" type="checkbox"/> 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo	RECUPERABILIDAD LABORAL: <input checked="" type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: <input checked="" type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____ TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No FECHA DE LA CONCEPCION: _____
--	---

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <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): _____		
DIRECCION: CALLE:N:DEPTO:COMUNA _____		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____		

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	RUN
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
MEDICINA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE		422581945	
DIRECCION		TELEFONO	FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



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



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Municipalidad Quillón Dpto Salud		61972-800-9	92-2201149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
Fco. Urzúa 159		Quillón	Quillón	06-06-2017	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, 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	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) rec en enfermería

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

REGIMEN PREVISIONAL <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. CAPINL	CALIDAD TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input 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	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No
--	---	---

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF Dia Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 01-06-1987	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 01-06-1987
---	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador
--	---

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **CAJA LOS ANDES**



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.



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)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	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
	03	2017			1.273.875		
	04	2017			1.740.285		
	05	2017			1.259.141		

% DESAHUCIO

11,44

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (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 correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	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 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 ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta	
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes



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

====COMPIN=====FONASA=====
 Salud Responde 600 360 7777 / Mesa de Ayuda 600 360 3000
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl



Licencia Médica

Nº 2 - 53525140

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

ESCOBAR VIVALLOS MARIA ISA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

050617 050617
FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO

130572 45 F
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

05 21 NCO
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

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= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA 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
 COMUNA
 TELEFONO
 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

PARADA PLACENCIA VALEZ
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

General
Especialidad 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA
vapp20@hotmail.com
Dra. Valeria Parada Placencia
MEDICO CIRUJANO
Firma del Profesional

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
PAULINO FLORES
CALLE
Quillón
COMUNA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

[Handwritten signature]



ANIO	ANIO	ANIO	ANIO	ANIO	ANIO	TOTAL DIAS

Artículo 10 del Reglamento de Licencias Médicas: Deberá presentarse a la Unidad de Licencias Médicas o a la ISAPRE, en su caso, dentro del periodo de vigencia de la licencia médica, para que se emita el juicio de adopción plena o el juicio de adopción plena, dentro del periodo de vigencia de la licencia médica.



Licencia Médica

Nº 2 - 53525143

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

PADILLA GOMEZ DANIELA ALEJ
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
050617 **060617**
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO
07 **SEETE**
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

200488 **29** **F**
 RUN FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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).

SOLIS PADILLA MAITE AGUSTI
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

080816
 FECHA DE NACIMIENTO
25468675 - 1
 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

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
 TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: MES AÑO

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: **13 Ambulatorio**

CALLE: [Redacted]
 Nº: [Redacted] DPTO: [Redacted]
 VILLA DEPARTACION: [Redacted]
 COMUNA: [Redacted]
 TELEFONO: [Redacted] CELULAR: [Redacted]
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

PONADA PLOCEDES VALENA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
38734 - 7
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

General
 ESPECIALIDAD
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PAULINO FLORES
 CALLE
Quilman
 COMUNA

509 **12** **2017**
 Nº DIA MES AÑO
10712101A
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES



 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL DE QUILLON
 DIRECCION DE LICENCIAS MEDICAS
 DESDE: 05/15/2017
 HASTA: 05/21/2017
 DIA: 21
 MES: 05
 AÑO: 2017