



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

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 150 /**

Quillón, 14 de Mayo de 2013.

**VISTOS:**

- 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.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- 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° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988 y sus posteriores modificaciones.
- Resolución N° 871 del 14 de Mayo de 2013 que autoriza Licencia Médica N° 39004866, por 42 días, desde el 13 de Mayo de 2013 y hasta el 23 de Junio de 2013 del Srta. Daniela Jenó Montero, Enfermera del CESFAM de Quillón y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. **CONTRATASE EN CALIDAD DE REEMPLAZO A LA SRTA. NANCY XIMENA GARAY MELITA**, de Profesión Enfermera, Cédula de Identidad N° 13.803.317-1, por 41 días, a contar del 14 de Mayo de 2013 y hasta el 23 de Junio de 2013, para desempeñarse en los Establecimientos de Salud de la Comuna, en jornada de Lunes a Jueves de 08:00 hrs. a 17:00 hrs. y Viernes de 08:00 hrs. a 16:00 hrs.
2. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a Categoría B Nivel 15 con 44 horas semanales. Establecida en la Escala del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. Imputese el gasto que origine la ejecución del presente Decreto a la cuenta N° 215.21.02 del Presupuesto 2013 del Departamento de Salud Municipal.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL**



**ALBERTO GYHRA SOTO  
ALCALDE**

**AGS/ECHV/LPC/jsb.**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Contraloría General de la República. (2)
- Carpeta Personal Srta. Nancy Garay M. (2)
- Archivo Departamento Salud de Quillón. ✓
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Transparencia Municipal [www.quillon.cl](http://www.quillon.cl).



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD

\*\*\*\*\*

Quillón, 14 de Mayo de 2013.

RESOLUCIÓN N° 811 /

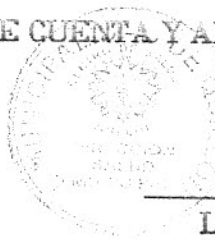
VISTOS:

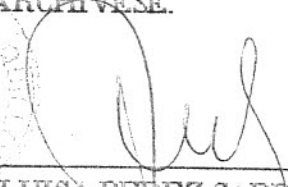
- 1.- Las facultades que me confiere el D.A. N° 288 del 26/05/1988.
- 2.- Resolución Exenta N° 55 de 1992 de la Contraloría General República.
- 3.- Ley 18.883/89 Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 4.- Ley 19.378/95 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y su Reglamento.
- 5.- Las Necesidades del Servicio.

RESUELVO:

- 1.- Autorízase Licencia Médica N° 39004866 por 42 días, desde el 13/05/2013 y hasta el 23/06/2013, a la funcionaria Srta. DANIELA JENO MONTERO, Enfermera del CESFAM de Quillón.
- 2.- De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentra con licencia médica.
- 3.- Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, DESE CUENTA Y ARCHÍVESE.



  
LUISA PEREZ CARDENAS  
DIRECTORA (S)  
DESAMU QUILLON

LRC/jsb.

DISTRIBUCIÓN:

- ✓ La Indicada
- ✓ Archivo DESAMU.

Nº 3 39004866

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 5 | 1 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

FECHA INICIO  
DE REPOSO

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 5 | 1 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

27

42

DIA MES AÑO  
 Cuarenta y dos  
 N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. DENSIFICACIÓN DEL TIPO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post mortem.  
(300 - 499) del C. del Trabajo y juicio de adecuación plena (L. 18.867)

A.3. FUNDAMENTAL DEFINITIONS

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| 1. INTERMEDICARIO ACREDITADO COMIN      |  |
| 2. PROGRAMAS ADICIONALES PREVENTIVA     |  |
| 3. LICENCIA ALTERNATIVA PREY POST NATAL |  |
| 4. ENTREDAD GRAVIDAD MENOR DE UNO       |  |
| 5. ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |  |
| 6. ENTREDAD PROFESIONAL                 |  |
| 7. PATOLOGIA DEL EMBARAZO               |  |

|             |                                                                       |                            |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| REACTIVIDAD | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | INICIO TRAMITE DE ENFERMEZ | <input type="checkbox"/> SI<br><input checked="" type="checkbox"/> NO |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                                                                      |                                                               |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> | <div> <div>DIAS</div> <div>MESES</div> <div>AÑOS</div> </div> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                                              |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> | <div> <div>FECHA DEL TRAYECTO</div> <div>SI</div> <div>NO</div> </div> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                       |                                          |                                                               |
|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| FECHA DE CALIFICACION | <div> <div>09</div> <div>12</div> </div> | <div> <div>DIAS</div> <div>MESES</div> <div>AÑOS</div> </div> |
|-----------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

A.A. CALICOTTERSTRICKAS DEL REFINO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO LABORAL

A = MEXICANA  
B = EXTRANJERA  
C = NINGUNA

LUGAR DE REPOSO

1 = SU DOMICILIO  
2 = HOSPITAL  
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (A)

DIRECCION CALLE N, DEPTO, COMUNA

TEL. PERSONAL O DE CONTACTO

*Ing. Virente s/a*  
*Buenos*

#### A.5. IDENTIFICATION OF THE PROFESSIONAL

|                  |   |   |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |         |   |   |   |   |   |  |              |  |  |  |  |  |  |                           |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|--|--------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|
| S                | a | t | i | n | a | s | A                | g | u | i | l | a | r | S       | e | r | g | i | o |  |              |  |  |  |  |  |  |                           |  |
| APELLIDO PATERNO |   |   |   |   |   |   | APELLIDO MATERNO |   |   |   |   |   |   | NOMBRES |   |   |   |   |   |  | ESPECIALIDAD |  |  |  |  |  |  | <div>5</div> <div>1</div> |  |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 7 | 0 | 2 | 8 | 7 | 5 | 0 | . | 1 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

RESEARCH ON COLLECTIVE PROTESTS

NO BARR. 558 EXCLUSIVO CONTRA O RA. MEDICA COMBIN. 12.11.75

RECEIVED THE GOVERNMENT OF CANADA  
DEPARTMENT OF INDUSTRY

*[Handwritten signature]*

THE SECRETARY  
INDUSTRIAL DEVELOPMENT  
CANADA

[illegible][illegible]