



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 3899/

Quillón, 03 DIC 2014

**VISTOS:**

- El Decreto Alcaldicio N° 1.052 de fecha 01 de Diciembre de 2013, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2014 del Departamento de Salud.
- 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.
- 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 N° 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:

N° de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
1-33645130	Yoselinne soto Becerra	Matrona CESFAM Quillón	01	02.12.2014	02.12.2014
1-3669495	María Sepúlveda Contreras	Técnico en Enfermería CESFAM Quillón	02	01.12.2014	02.12.2014

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.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL**



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

YLF/jsb.  
03.12.2014

**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 DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE”



# Licencia Médica

Nº1- 33645130

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 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.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SOTO  
 APELLIDO MATERNO: BECERRA  
 NOMBRES: YOSELINE  
 FECHA EMISION LICENCIA: 03/12/14  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 02/12/14  
 N° DE DIAS: 01  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 05/07/82  
 EDAD: 32  
 SEXO: F

### 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: [REDACTED]  
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]  
 NOMBRES: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

### 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: [REDACTED]  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

### 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): [REDACTED]  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [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

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

APELLIDO PATERNO: MOLINA  
 APELLIDO MATERNO: DIAZ  
 NOMBRES: LUIS EDUARDO  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 31435-6

ESPECIALIDAD:  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: Luis.molina.d@unr.net

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO VIZCARRA  
 CALLE: [REDACTED]

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]  
 FIRMA DEL MEDICO: [Signature]  
 DR. LUIS MOLINA DIAZ  
 MEDICO CIRUJANO

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

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [Signature]  
 DIRECCION MUNICIPAL SALUD: [Stamp]  
 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.

DESD E		HASTA		TOTAL DIAS
DIA	MES	DIA	MES	
03	06	23	06	03
04	07	28	07	04
05	08	09	08	05
06	09	09	09	06
07	10	24	10	07
08	11	23	11	08
09	12	01	12	09

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

efectivamente trabajados.



# Licencia Médica

# Nº 1 - 33669495

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 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.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APELLIDO PATERNO** SEPULVEDA **APELLIDO MATERNO** CONTRERAS **NOMBRES** MARIA  
**FECHA EMISION LICENCIA** 01/12/14 **FECHA INICIO DE REPOSO** 01/12/14 **FECHA DE NACIMIENTO** 11/10/88 **EDAD** 26 **SEXO** F  
**Nº DE DIAS** 02 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** 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 COMÚN  
 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** **TRAYECTO** 1= SI 2= NO  
**FECHA DE LA CONCEPCION**

### 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**  
**COMUNA**  
**TELEFONO** **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]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**APELLIDO PATERNO** VEYL **APELLIDO MATERNO** QUINTEROS **NOMBRES** SEBASTIÁN  
**ESPECIALIDAD** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
**REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** **CORREO ELECTRONICO**  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION**  
**CALLE** FCO UNZUETA **Nº** 159  
**COMUNA** QUILLON

**FIRMA DEL PROFESIONAL**  
 Dr. SEBASTIÁN VEYL QUINTEROS  
 Médico Cirujano

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

NOMBRE/FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	
2014	08	22	2014	08	21	02
2014	10	02	2014	10	01	02
2014	11	11	2014	11	08	10

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

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

trabajados.						
-------------	--	--	--	--	--	--