



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 2066/

Quillón, 23 ABR 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médica de Sandra Valderrama, Sonia Espinoza, Stefania Monsalves, Rogers Jara y María Vega.
- El Decreto Alcaldicio N° 1548 de fecha 19 de Marzo del 2015, que nombra como Secretaria Municipal (S) a la Directora de DIDECO Srta. Maria Gabriela Vallejos Landaur.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 del Departamento de Salud.
- 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° 365/2009, que Nombra como Administrador Municipal (S) al Director de Administración y Finanzas de la Ilustre Municipalidad de Quillón.
- 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
2-47074557	Sandra Valderrama Valdebenito	Técnico en Enfermería CESFAM	15	19/04/2015	03/05/2015
3-349838-3	Sonia Espinoza Campos	Administrativo CECOSF	05	20/04/2015	24/05/2015
2-45167269	Stefania Monsalves Bustos	Administrativo CESFAM	25	20/04/2015	14/05/2015
1-34222227	Rogers Jara Contreras	Técnico en Enfermería CESFAM	01	20/04/2015	20/04/2015
1-34075134	María Vega Valenzuela	Auxiliar de servicio CESFAM	05	22/04/2015	26/04/2015

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele 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.



MARIA GABRIELA VALLEJOS LANDAUR
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MINISTRO DE FE

YLF/jsb.
22.04.2015



LUIS TOLEDO VILLAGRA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)
"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

Nº2- 47074557

La COMPIN, la Subcomisión la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, según si o cumplir el periodo de reposo solicitado o cambiario 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

VALDE RRAMA VALDEPENITO SAN [REDACTED]

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN M o F

17 04 15 19 04 15 231068 46 F

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

15 Quince N° DE DIAS N° 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 RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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= 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 [REDACTED]

CALLE [REDACTED]

N° DPTO

VILLA O POBLACION [REDACTED]

COMUNA [REDACTED]

TELEFONO [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO

[Firma del Trabajador]

FIRMA DEL TRABAJADOR

RECUPERABILIDAD LABORAL 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVÁLIDEZ 2= 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)

PANADA PLACEVIA VALENTA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

[REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PRAT
CALLE
Quilón
COMUNA

General
ESPECIALIDAD

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

Wapp 20@hotmail.com

[REDACTED]

622
Rut: [REDACTED]
MÉDICO CIRUJANO
17 250 10 61

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

FIRMA Y TIMBRE DEL TRABAJADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma del Trabajador]



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2014 11 19	2015 03 04	04
2014 11 19	2015 03 04	13
2014 11 19	2015 03 04	15
2014 11 19	2015 03 04	15
2014 11 19	2015 03 04	15

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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



N° 3 FOLIO: 319838-3

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA APELLIDO PATERNO	CAMPOS APELLIDO MATERNO	SONIA CLOTILDE NOMBRES	[REDACTED] RUN	45 EDAD	F SEXO
2 - CELULAR CANAL	EMAIL	89353654 DATO			
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
20 04 15 Dia Mes Año	20 04 15 Dia Mes Año	5	CINCO		

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).

FECHA DE NACIMIENTO

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 Hijo Menor de 1 ano
- 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6=Enfermedad Profesional
- 7=Patologia del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2=Si 1=No
-------------------------	--	-----------------------------	--

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO
	<input type="checkbox"/> 1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana
<input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial		<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)

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ESPARZA APELLIDO PATERNO	GUERRA APELLIDO MATERNO	MARIO RAMIRO NOMBRES	[REDACTED] RUN
MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	24922K REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	RESPARZAG@HOTMAIL.COM CORREO ELECTRONICO

O'HIGGINS 654 # PENCO CHILE
DIRECCION

0412261349
TELEFONO

FAX

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO:
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



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.



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. Municipalidad Quillón Opto-Salud		61.972.800-9	2207149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
18 Septiembre de 2012		Quillón	Quillón		
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

<p>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca</p> <p>1=Minas, Petroleos y Canteras</p> <p>2=Industrias Manufactureras</p> <p>3=Construccion</p> <p>4=Electricidad, Gas y Agua</p> <p>5=Comercio</p> <p>6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones</p> <p>7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros</p> <p>8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales</p> <p>9=Actividad No Especificada</p>	<p>OCUPACION</p> <p>11=Ejecutivo o Directivo</p> <p>12=Profesor</p> <p>13=Otro Profesional</p> <p>14=Tecnico</p> <p>15=Vendedor</p> <p>16=Administrativo</p> <p>17=Operario, Trabajador Manual</p> <p>18=Trabajador de Casa Particular</p> <p>19=Otro (Especificar)</p> <p>Administrativo</p>
--	--

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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP</p> <p><input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P.</p> <p>Codigo: 01 Letra (Caja Prev.) A</p> <p>Nombre Int. Prev. <u>CUPRUM</u></p>	<p>CALIDAD TRABAJADOR</p> <p><input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834.</p> <p><input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834.</p> <p><input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado</p> <p><input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente</p>	<p>SEGURO DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No</p> <p>Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No</p>
---	--	--

<p>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</p> <p>□ □ □</p> <p>Dia Mes Año</p>	<p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</p> <p>16-11-2012</p>	<p>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</p> <p>16-11-2012</p>
---	--	---

<p>ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:</p> <p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> B=Isapre</p> <p><input type="checkbox"/> C=C.C.A.F.</p> <p><input type="checkbox"/> D=Empleador</p>	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> F=Mutual</p> <p><input type="checkbox"/> G=INP</p> <p><input type="checkbox"/> H=Empleador</p>
<p>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: <u>CAJA Los Andes</u></p>	



Licencia Médica

Nº 1-34222227

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: JANA
 APELLIDO MATERNO: CONTRERAS
 NOMBRES: ROBERTO ALEJ
 FECHA EMISION LICENCIA: 210415
 FECHA INICIO DE REPOSO: 200415
 Nº DE DIAS: 01
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 130683
 EDAD: 31
 SEXO: M

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]
 RUN: [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: [REDACTED]
 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: [REDACTED]
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: [REDACTED] DPTO: [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)

NOMBRES: PARADA PLACENCIA VALEN
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

ESPECIALIDAD: General
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

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

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES



INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	ANNO	MES	DIA	HASTA	ANNO	MES	DIA	DESDE	TOTAL DIAS
1= SI	2015	03	22	2015	03	02	10	10	10
2= NO	2015	03	02	2015	03	02	10	10	10

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

