



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 2107/

Quillón, 24 ABR 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Jessica García, Fabiola Arriagada, Pamela Lincovil y Teresa Orostica.
- 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° 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
1-34222225	Jessica García San Martin	Técnico en Enfermería CESFAM	01	15/04/2015	15/04/2015
1-34222226	Fabiola Arriagada Rubilar	Técnico en Enfermería CESFAM	01	15/04/2015	15/04/2015
1-34222192	Pamela Lincovil Nanco	Odontóloga CESFAM	01	15/04/2015	15/04/2015
2-47074558	Teresa Orostica Osorio	Técnico Dental CESFAM	02	16/04/2015	16/04/2015

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

YLF/jsb.
 17.04.2015

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 1-34222225

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

APELLIDO PATERNO: **GARCIA SAN** APELLIDO MATERNO: **NANTIN** NOMBRES: **JESSICA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **160915** FECHA INICIO DE REPOSO: **150415**
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

RUN: [REDACTED] M o F: **F**
 FECHA DE NACIMIENTO: **310186** EDAD: **29** 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] 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** 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** 1= SI 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] TRAYECTO: 1= SI 2= NO
 HORA MINUTOS: [REDACTED] 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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]
 CALLE: [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]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **PARRADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALEN**
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

ESPECIALIDAD: **General** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: **FRANCISCO UNZUETA**
 COMUNA: **Quilicura**

Nº: **159** FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*
Dra. Valeria Placencia
 RUT: [REDACTED] MEDICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: *[Firma]*
 DIRECCION MUNICIPAL SALUD: **QUILICURA**
 TITULO DE LICENCIADO EN MEDICINA: **159**

DESDE	2015	03	06	01
HASTA	2014	11	17	01
TOTAL DIAS	01			

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.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Trabajados.



Licencia Médica

Nº1-34222226

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 PUBLICO: 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 ANNIAGADA **APELLIDO MATERNO** RUMILAN **NOMBRES** FARMUCA
FECHA EMISION LICENCIA 160415 **FECHA INICIO DE REPOSO** 150415
Nº DE DIAS 01 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** UNO

FECHA DE NACIMIENTO 120687 **EDAD** 27 **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 **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES** **RUN**

FECHA DE NACIMIENTO

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 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

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

APELLIDO PATERNO PANADA **APELLIDO MATERNO** PLACENCIA **NOMBRES** VALEN
RUN **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL**

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE FRANCISCO UNZUETA
COMUNA OVI

ESPECIALIDAD General 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR
FIRMA DEL PROFESIONAL
 Dra. Valeria Placencia
 Rut.: **159**
MEDICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

EMPRESA MUNICIPAL
DIRECCION SALUD
COMPIN
VALDIVIA
CHILE

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.
1= SI 2= NO
INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
DESDE **HASTA**
 01/04/14 01/04/15
 02/04/14 02/04/15



Licencia Médica

Nº 2- 47074558

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. 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 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

OPRÓSTICA OSORIO TENESA
 APELLIDO PATERNO: **OPRÓSTICA** APELLIDO MATERNO: **OSORIO** NOMBRES: **TENESA**
 RUN: **[REDACTED]**
 FECHA INICIO DE REPOSO: **16 04 15** (DÍA MES AÑO)
 FECHA EMISION LICENCIA: **02 05** (DÍA MES AÑO)
 N° DE DIAS: **02** N° DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**
 FECHA DE NACIMIENTO: **15 10 64** (DÍA MES AÑO) EDAD: **50** 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: _____ 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

1

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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 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

Nº DPTO

VILLA O POBLACION: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

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

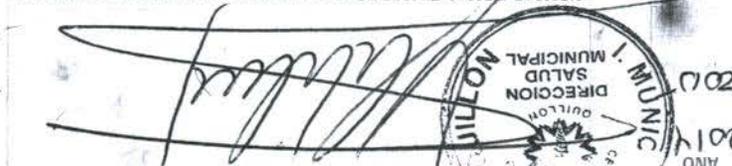
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

PANADA PLACENCIA VALENIA
 APELLIDO PATERNO: **PANADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALENIA**
 ESPECIALIDAD: **Ginecología**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **[REDACTED]**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PRAT, AUMON** (CALLE, COMUNA)
 FIRMA DEL PROFESIONAL: **[REDACTED]**
 Nº: **627** Rut.: **42 258 186 0**
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	13 04 2015	15 04 2015
01	02 04 2015	11 04 2015
05	24 04 2015	28 04 2015

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES