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

DECRETO ALCALDICIO Nº 393 /

Quillón, 23 ENE 2015

VISTOS:

- 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 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.
- 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 Nº 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:

Nº de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
1-33645193	Carolina Andrade Marty	Kinesióloga CESFAM Quillón	01	21.01.2015	21.01.2015
12653095	Patricia Huenopil Rocha	Auxiliar de Servicio CESFAM Quillón	02	21.01.2015	22.01.2015
2-45174193	Dora Morales Morales	Administrativo CESFAM Quillón	02	22.01.2015	23.01.2015

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenérsele la remuneración integra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD SECRETARIO MUNICIPAL

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD ADMINISTRADOR MUNICIPAL

VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
23.01.2015

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica

Nº 1- 33645193

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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
ANDRADE	MARTY	CAROLINA	15853524-6	F

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO DIA	MES	AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
22 01 15	21 01 15			24 05 84	30	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
01	UNO

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
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
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

CALLE: AVENIDA OHIGGINS

Nº: 1650 DPTO:

VILLA O POBLACION:

COMUNA: CHILLAN

TELEFONO: 89 CELULAR: 58567302

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

x FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
BREVIS	CARTES	CARLA	MEDICO CIRUJANO	1

RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
17042592-8		

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FRANCISCO UNZUETA Nº: 159

COMUNA: QUILLON

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE DIA	MES	AÑO	HASTA DIA	MES	AÑO
03	31	12	2014	02	01	2015
10	13	11	2014			
12	08	09	2014	19	09	2014
10	03	09	2014			
10	24	04	2014			

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL CENTRO DE SALUD QUILLON

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

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

4 000265 309050

N° 3 FOLIO: 265309-5

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
HUENOPIL	ROCHA	PATRICIA DEL CARMEN	14425933-5	45	F

CANAL	EMAIL	DATO
2 - CELULAR		89213070

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
21 (Dia) 01 (Mes) 15 (Ano)	21 (Dia) 01 (Mes) 15 (Ano)	2	DOS

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).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	FECHA DE NACIMIENTO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1 (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: 1 (1=Si 2=No)

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1=Si 2=No)

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:

TRAYECTO: (1=Si 2=No)

FECHA DE LA CONCEPCION:

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 (1=Reposo Laboral Total; 2=Reposo Laboral Parcial)

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: (A=Manana B=Tarde C=Noche)

LUGAR DE REPOSO: 1 (1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA
THOMSON VILLA LOS NARANJOS 681 QUILLÓN CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 9 - 89213070

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	8288691-5

ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
MEDICINA FAMILIAR	1 (1=Medico 2=Dentista 3=Matrona)	20702	MARCELO1545@VTR.NET

DIRECCION	TELEFONO	FAX
JUAN PAULINO FLORES 509, QUILLON # QUILLÓN CHILE	422581945	

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR

Patricia Huenopil R

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres dias habiles contados de la fecha de inicio de reposo.
Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia.
Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio de reposo.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
TRABAJADOR INDEPENDIENTE
TRABAJADOR DEPENDIENTE

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

4 1000265 309050

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE	RUN	TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
I. Municipalidad Quillón Dpto. Salud	61.972.800-9	2071449		

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	COMUNA	CIUDAD	
Fco. Unzueta 159	Quillón	Quillón	23-01-2015

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8

0=Agricultura, Servicios Agricolas, 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

OCUPACION

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)

Auxiliar de Servicio

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

REGIMEN PREVISIONAL

2 1=D.L. 3501 INP
2=D.L. 3500 A.F.P.

Codigo 01 Letra (Caja Prev.) A

Nombre Int. Prev. HABITAT

CALIDAD TRABAJADOR

1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834.
2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834.
3=Trabajador dependiente sector privado
4=Trabajador Independiente

SEGURO DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC — 1=Si 2=No

Contrato de duracion indefinida — 1=Si 2=No

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
Dia Mes Ano	21-04-2008	21-04-2008

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7

C
A=Servicio de Salud
B=Isapre
C=C.C.A.F.
D=Empleador

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6

F
E=Servicio de Salud
F=Mutual
G=INP
H=Empleador

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES

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

4 000265 309050

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda.
Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas 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 corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	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
	10	2014			511.177		
	11	2014			619.507		
	12	2014			703.656		

% DESAHUCIO: 11,27

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (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 corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Ano	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 informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta			1=Si 2=No
	Dia	Mes	Ano	Dia	Mes	Ano	
01	11	09	2014				
02	04	12	2014	05	12	2014	
01	29	12	2014				

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

DIRECCION MUNICIPAL

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

=========COMPIN==========FONASA==========

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

Licencia Médica

Nº2- 45174193

Ministerio de Salud — Gobierno de Chile

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: MORALES — APELLIDO MATERNO: MORALES — NOMBRES: DORA LUZ PILAR — RUN: 13.138.128-K

FECHA EMISION LICENCIA: 22 01 15 — FECHA INICIO DE REPOSO (DIA MES AÑO): 22 01 15 — FECHA DE NACIMIENTO: 20 02 77 — EDAD: 37 — SEXO (M ó F): 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).

FECHA DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO — APELLIDO MATERNO — NOMBRES — RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

Tipo: 1

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): 1
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 — 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
CALLE: RENSO
Nº: 591 — DPTO:
VILLA O POBLACION: NORTE
COMUNA: QUILLON.
TELEFONO: — CELULAR: 83955258.
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

X [firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: DELLAROSSA — APELLIDO MATERNO: CIFUENTES — NOMBRES: DANI — ESPECIALIDAD: Neurología — 1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

RUN: 8.336.612-2 — REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: — CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: GAMERO — Nº: 685
COMUNA: CHILLAN — 42 2423271

Dra. DANIELLA DELLAROSSA CIFUENTES
Médico Cirujano, Neurología
Rut: 8.336.612-2
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Timbre: MUNICIPALIDAD ... DIRECCION SALUD]

1=SI 2=NO

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
02	20	01	2015	21	01	2015
01	02	01	2015			
01	12	12	2014			
01	20	10	2014			
01	21	07	2014			

Traspasados.