



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

DECRETO ALCALDICIO N° 820 /

Quillón, 05 FEB 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 N° 915 de fecha 25.10.2013, que nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08.05.2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien subroge el cargo.
- 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
3-270615-6	Ximena Caceres Chamizo	Médico CESFAM	1	02.02.2015	02.02.2015
2-40946972	Horacio Alarcón Venegas	Cirujano Dentista	2	02.02.2015	03.02.2015
2-47161021	Claudia Coloma Parra	Técnico Paramédico CESFAM	4	03.02.2014	06.02.2015
1-30566599	Cintia Parada Cartes	Asistente Social CESFAM	3	04.02.2015	06.02.2015
2-47161018	María Alejandra Casanova Salazar	Asistente Social CESFAM	3	04.02.2015	06.02.2015

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.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL



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



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
POR ORDEN DEL ALCALDE"**

ELS/dss.
05.02.2015

DISTRIBUCIÓN:

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



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: MAS VIDA



SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

N° 3 FOLIO: 270615-6

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Operador : 4

CACERES APELLIDO PATERNO	CHAMIZO APELLIDO MATERNO	XIMENA IVONNE NOMBRES	[REDACTED] RUN	34 EDAD	F SEXO
2 - CELULAR CANAL	EMAIL	82889121 DATO			
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS		
02 02 15 Dia Mes Ano	02 02 15 Dia Mes Ano	1	UNO		

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

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

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

1 1=Si
2=No

2 1=Si
2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

TRAYECTO 1=Si
2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

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: [REDACTED]

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 041 - 2722715

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SALGADO APELLIDO PATERNO	ALFARO APELLIDO MATERNO	CAROLA NOMBRES	[REDACTED] RUN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ESPECIALIDAD	1 <input type="checkbox"/> 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	NOMBRE.APELLIDO@GMAIL.COM CORREO ELECTRONICO	
SAN MARTIN 1436 # CONCEPCIÓN CHILE DIRECCION		0 TELEFONO	 FAX



Debera presentar la licencia medica dentro de los 05 dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo. Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los 05 dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo. 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.



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. Municipalidad de Quilón, Dep. de Salud			61.972.800-9	042-2207149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE			RUN	TELEFONO	04/02/2015	
Francisco Orueta #159			Quilón	Quilón		
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			COMUNA	CIUDAD		

<p>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</p> <input checked="" type="checkbox"/> 8 <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>OCUPACION</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Méico.</p>
---	---

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

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <input checked="" type="checkbox"/> 2 <ul style="list-style-type: none"> 1=D.L. 3501 INP 2=D.L. 3500 A.F.P. <p>Codigo <input type="checkbox"/> 01 Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/> A</p> <p>Nombre Int. Prev. <input type="text" value="Cuprum"/></p>	<p>CALIDAD TRABAJADOR</p> <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	<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><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Dia Mes Ano</p>	<p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</p> <p>05 / 02 / 2007.</p>	<p>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</p> <p>05 / 02 / 2007.</p>
--	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7</p> <input checked="" type="checkbox"/> B <ul style="list-style-type: none"> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador 	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6</p> <input checked="" type="checkbox"/> H <ul style="list-style-type: none"> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador
---	--

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO:



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.



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 imponible 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 imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
	A							
	11	2014			1.775.233			
	12	2014			1.780.539			
	01	2015			1.797.583			

% DESAHUCIO

11,48

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 imponible 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 imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
	A							

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		
	Dia	Mes	Ano	Dia	Mes	Ano
1	10	01	2014	10	01	2014
2	26	03	2014	27	03	2014
1	02	05	2014	02	05	2014
3	30	09	2014	02	10	2014
1	26	12	2014	26	12	2014

1=Si
2=No

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.



NOMBRE MUNICIPAL Y NOMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

====COMPIN====FONASA====
Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Avuda 600 360 3000



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, 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. N° 3/1984.

N° 2 40946972

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ALANCON VENEZAS HORACIO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

020215 020215 35 n

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

02 DOS

N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APPELLIDO 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 HIJO 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

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 : CALLE, N° DEPTO., COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) :

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NOUINA DIOS LUIS COVARDO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

31453-6 REGISTRO COLÉGIO PROFESIONAL

luis.nouina@deurp.com CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten Signature]

MUNICIPALIDAD DE QUILÓN
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

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

1 = SI 2 = NO

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
10	02	2015	02	02	2015	1
10	02	2015	02	02	2015	6
10	02	2015	02	02	2015	2
10	02	2015	02	02	2015	10
10	02	2015	02	02	2015	1
10	02	2015	02	02	2015	1

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



Licencia Médica

Nº2- 47161021

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. 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 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

COYUNA PARRA CLAUDIA LYDIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
030215 **030215**
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
04 **CUATRO**
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

180972 **42** **F**
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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

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
 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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

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)

PARRADA PLACENCIA VALERIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

General
 ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PROT
 CALLE **Quilón**
 COMUNA

Dra. Valeria Parrada Placencia
 Rut.: **17.200.186.1**
 MÉDICO CIRUJANO

FIRMA DEL PROFESIONAL

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 haberse otorgado el documento.

ANO	MES	HASTA	ANO	MES	DESDE	TOTAL DIAS
2015	01	09	2015	01	05	5
2014	11	18	2014	11	05	8
2014	10	16	2014	10	13	13
2014	05	19	2014	05	19	14
2014	04	04	2014	04	10	10
2013	12	06	2013	12	04	4

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



GOBIERNO DE CHILE

Licencia Médica

La COMPIN, 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. N°3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 30566599

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PARADA CANTES CINTIA EVEL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES



RUN

040215

FECHA EMISION LICENCIA

040215

FECHA INICIO DE REPOSO

040215

DIA MES AÑO

25

EDAD

M F

F

SEXO

03

N° DE DIAS

TRES

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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

FECHA DE NACIMIENTO

Apellido paterno, 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 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL

1 = SI
2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

1 = SI
2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

HORA MINUTOS

TRAYECTO

MUNICIPALIDAD QUILLON
Oficina de Partes y Archivos
ENTRADA 04 FEB 2015
SALIDA 9/16

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)



A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

QUINTANA PEÑA XIMENAS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

ESPECIALIDAD

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



REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

Ximequintana@gmail.com

CORREO ELECTRONICO

48

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Nombre, firma y timbre del empleador o trabajador independiente

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA

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

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

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Nº 2 - 47161018

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

CASANOVA SALAZAR NAMIA ALE

APPELLIDO PATERNO: CASANOVA APELLIDO MATERNO: SALAZAR NOMBRES: NAMIA ALE
FECHA EMISION LICENCIA: 03/03/2015 FECHA INICIO DE REPOSO: 04/02/15 RUN: 05017936-3 SEXO: F
Nº DE DIAS: 03 Nº DE DIAS EN PALABRAS: Tres

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).

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

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

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

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)

PANADA PLACENCIA VALENIA

APPELLIDO PATERNO: PANADA APELLIDO MATERNO: PLACENCIA NOMBRES: VALENIA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

PAAT

QUILLIN

COMUNA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

622

FIRMA DEL TRABAJADOR

Especialidad

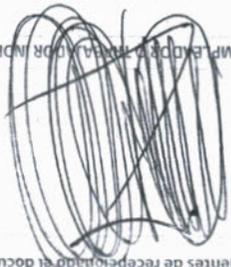
- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

CORREO: Dra. Valeria Panada Placencia Rut.: MEDICO CIRUJANO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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.



DESDE	MES	AÑO	DIA	HASTA	MES	AÑO	DIA	TOTAL DIAS
06	02	2015	10	06	02	2015	06	1
09	02	2015	11	06	02	2015	09	2
03	02	2015	03	03	02	2015	03	1
01	02	2015	02	02	02	2015	01	2
15	02	2015	11	15	02	2015	15	1
29	02	2015	04	29	02	2015	29	2

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES