



Quillón, 15 MAY 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Pamela Lincovil, Nadia Valdés, Valeria Parada, Luis Muñoz, Ana Barrientos, Daniela Sánchez, María Sepúlveda, Jessica García, Fernando Valenzuela Y Dora Morales.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- 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:

- Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
2-47563087	Pamela Lincovil Nanco	Odontólogo CESFAM	05	11/05/2015	15/05/2015
1-34221234	Nadia Valdés Ruiz	Médico CESFAM	01	11/05/2015	11/05/2015
1-32328369	Valeria Parada Placencia	Médico CESFAM	01	11/05/2015	11/05/2015
1-34221235	Luis Muñoz Díaz	Auxiliar CESFAM	03	12/05/2015	14/05/2015
1-3422231	Ana Barrientos Flores	Matrona CESFAM	05	11/05/2015	15/05/2015
2-47795821	Daniela Sánchez Saldías	Administrativo DESAMU	15	12/05/2015	26/05/2015
2-39540428	María Sepúlveda Contreras	Técnico en enfermería CESFAM	05	11/05/2015	15/05/2015
1-3422232	Jessica García San Martin	Técnico en enfermería CESFAM	04	12/05/2015	15/05/2015
1-32328370	Fernando Valenzuela Valenzuela	Médico CESFAM	02	12/05/2015	13/05/2015
1-3422235	Dora Morales Morales	Administrativo CESFAM	02	14/05/2015	15/05/2015

- 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.
- Trámítase 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.
15/05/2015



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica

Nº 2-47563087

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 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 LINCOLN **APELLIDO MATERNO** NANCY **NOMBRES** PATRICK ODET
FECHA EMISION LICENCIA 11/05/15 **FECHA INICIO DE REPOSO** 11/05/15 **FECHA DE NACIMIENTO** 23/03/87 **EDAD** 28 **SEXO** F
Nº DE DIAS 5 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** CINCO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalis.
(2011, 1997 y 2007 del C. Del Trabajo y juicio de adopción plena Ley 18.867)

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 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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

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

HORA MINUTOS

Nº DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

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)

APELLIDO PATERNO MONTAÑA **APELLIDO MATERNO** BAIER **NOMBRES** PAOLA IBARRA

ESPECIALIDAD

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

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-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 recepcionado el documento.

ANOS	DIAS	DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
2015	01	01	01	01
2015	02	02	02	02
2015	03	03	03	03
2015	04	04	04	04
2015	05	05	05	05
2015	06	06	06	06
2015	07	07	07	07
2015	08	08	08	08
2015	09	09	09	09
2015	10	10	10	10
2015	11	11	11	11
2015	12	12	12	12
2015	13	13	13	13
2015	14	14	14	14
2015	15	15	15	15
2015	16	16	16	16
2015	17	17	17	17
2015	18	18	18	18
2015	19	19	19	19
2015	20	20	20	20
2015	21	21	21	21
2015	22	22	22	22
2015	23	23	23	23
2015	24	24	24	24
2015	25	25	25	25
2015	26	26	26	26
2015	27	27	27	27
2015	28	28	28	28
2015	29	29	29	29
2015	30	30	30	30
2015	31	31	31	31

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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° 1 - 32328369

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **LAZARDA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALENTIA**

FECHA EMISION LICENCIA: **120515**

FECHA INICIO DE REPOSO: **110515**

DIA: **11** MES: **05** AÑO: **15**

EDAD: **32**

M & F: **F**
SEXO: **F**

N° DE DIAS: **01**

N° DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

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).

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 HIJO 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**

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: **1**

A = MAÑANA
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:

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **FUENTEALBA** APELLIDO MATERNO: **CRUZ** NOMBRES: **DAUL**

ESPECIALIDAD: **Medico Cirujano**

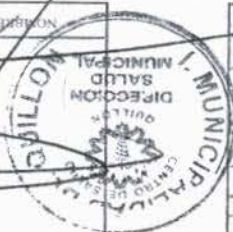
1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

REGISTRO PROFESIONAL: **32328369**

CORREO ELECTRONICO:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES
02	15	12	2014	16	12
02	08	01	2015	09	01
10	18	22	2015	22	02
09	22	02	2015	03	03
50	20	03	2015	24	03
10	15	04	2015	24	03

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 recepción del documento.

1 = SI
2 = NO

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº1-34222231

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 BARRILETTAS **APELLIDO MATERNO** PRONTOS **NOMBRES** ANA RONIA
FECHA EMISION LICENCIA 05/05/15 **FECHA INICIO DE REPOSO** 15/05/15 **DIA** 15 **MES** 05 **AÑO** 15
Nº DE DIAS 05 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** CINCO

FECHA DE NACIMIENTO 31/07/85 **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 **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 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** 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**

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)

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRONICO 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 **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

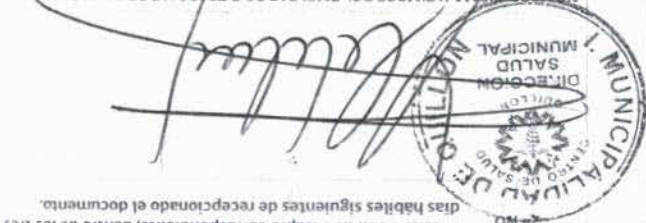
CALLE

COMUNA

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA 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 02 **DESDE** 05/05/15 **HASTA** 02/05/15

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 47795821

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

APELLIDO PATERNO: **SANCHEZ** APELLIDO MATERNO: **SALDÍAS** NOMBRES: **DANIELA**
FECHA EMISION LICENCIA: **12/05/15** FECHA INICIO DE REPOSO: **12/05/15** RUN: **23118024** M F: **F**
Nº DE DIAS: **015** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **QUINCE**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
Arts. 189 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: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA O PO: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO

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: 10/14 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)

URBINA SUAREZ ROMILDA GINECO-OBSTETRA 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
NOMBRES: [REDACTED] ESPECIALIDAD: [REDACTED]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: COCHRANE 635-B Nº 308

COMUN: [REDACTED] NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

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

ANIO	MES	DIA	HASTA
2015	05	11	05
2015	04	10	04
2015	03	27	03
2015	03	13	03
2015	02	27	02
2015	01	11	01
2015	01	10	01
2015	01	09	01
2015	01	08	01
2015	01	07	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

N°2- 39540428

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Repulveda Cortes María Alejandra
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

110515
FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO
DE REPOSO

110515
DIA MES AÑO

26
EDAD

F
M o F
SEXO

05
N° DE DIAS

CINCO
N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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)

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 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

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 ☐ 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

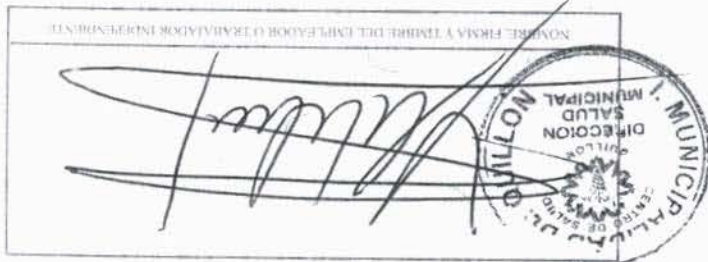
Volantecho Volantecho Fernando
NOMBRES

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

GRAL
ESPECIALIDAD

☒ 1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	AÑO	DIAS	AÑO	DIAS	AÑO
02	2014	01	12	02	2014
03	2015	12	03	18	03
08	2015	03	2015	26	03
10	2015	24	04	24	04

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

☐ 1 = SI
☐ 2 = NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº 1-34222232

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: **GANCIA** APELLIDO MATERNO: **SAN MARTIN** NOMBRES: **JESSICA**
FECHA EMISION LICENCIA: **120515** FECHA INICIO DE REPOSO: **120515**
DIA: **04** MES: **CUATRO** AÑO: **2015**
Nº DE DIAS: **04** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CUATRO**

RUN: **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: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: 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

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)

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:

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: **PARADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALERIA**

RUN: REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:

CALLE: **FRANCISCO VILLALBA** COMUNA: **QUILMAN**

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

Rut.: **159** FIRMAS DEL TRABAJADOR Y DEL PROFESIONAL

Nº: **42 2583630**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

EMPLOADOR: **FRANCISCO VILLALBA** COMUNA: **QUILMAN**

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 ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DE	DESDE	HASTA
01	01	03	2015
01	15	04	2015
01	29	04	2015
01	04	05	2015
01	10	05	2015
01	05	05	2015



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° 1 - 32328370

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALENZUELA VALENZUELA FERN

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

130515

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO
DE REPOSO

120515

DIA MES AÑO

28

EDAD

M o F

M

SEXO

02

N° DE DIAS

DOS

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

(Art. 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 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

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 - CALLE - N° - DEPTO. - COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FUENTE ALBA CRUZ RAUL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

medico cyano

ESPECIALIDAD

- 1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

3204-C

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
08	03	2015	03	2015	03
09	03	2015	03	2015	03
10	03	2015	03	2015	03

Art. 15 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o la unidad correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI
2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº 1-34222235

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

NORALES **NORALES** **DORA LUZ**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

14 05 15

FECHA INICIO DE REPOSO

14 05 15

DIA MES AÑO

28 02 77

FECHA DE NACIMIENTO

38

EDAD

F

SEXO

02

Nº DE DIAS

DOS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

(Art. 109 y 200 del C. Del Trabajo y Juicio de adopción plena (Ley 18.857))

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

4

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

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)

PARADA PLACENCIA VAQUERA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

General

ESPECIALIDAD

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

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ALC. VINDUETA

CALLE

Quilón

COMUNA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

Dra. Valeria Parada Placencia
Rut.: 159 117 2581861
MÉDICO CIRUJANO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

COMPIN
DIRECCION SALUD MUNICIPAL
Quilón

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 ÚLTIMOS 6 MESES

Trabajados.