



DECRETO ALCALDICIO N° 511

Quillón, 06 FEB 2017

VISTOS:

- La Licencia Médica N° 2-52195458 de fecha 30 de Enero de 2017, de la Srta. Yilda Letelier Fierro.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- 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.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio-Bio, 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. Acéptese 16 días de Licencia Médica N° 2-52195458, desde el 26 de Enero de 2017 hasta el 10 de Febrero de 2017, a la Srta. Yilda Marisol Letelier Fierro, Directora del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
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



VLADIMIR PEÑA MAHUIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

ELS/mcg.

02.02.2017

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica

Nº 2 - 52195458

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 cambiarle 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: **CETECIEN** | APELLIDO MATERNO: **PIENNO** | NOMBRES: **YILDIA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **30/01/17** | FECHA INICIO DE REPOSO: **26/01/17**
 Nº DE DIAS: **16** | Nº DE DIAS EN PALABRAS: **Dieciséis**

FECHA DE NACIMIENTO: **200166** | EDAD: **51** | SEXO: **F**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

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 REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA | B= TARDE | C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO: 1 = SU DOMICILIO | 2 = HOSPITAL | 3 = OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): **Ambulatorio**

DIRECCION DE REPOSO: _____
 CALLE: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ | CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **DIEZ** | APELLIDO MATERNO: **SOTO** | NOMBRES: **ULIANA**
 RUN: _____ | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD: **Psiquiatra** | 1 = MEDICO | 2 = DENTISTA | 3 = MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: **medicosiquiatras@gmail.com**

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **O'Higgins 680**
 CALLE: _____
 COMUNA: **CONCEPCION**

Nº: **04500** | FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
41 2222320

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN

FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: _____

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

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