

DECRETO ALCALDICIO N° 546 /

Quillón, 09 FEB 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Carlos Saldías, Valeria Parada y Juan Santibáñez.
- 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° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- 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 licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-36342833	Carlos Saldías Aracena	15632884-7	Médico CESFAM	01	01/02/2017	01/02/2017	MAS VIDA
1-36342681	Valeria Parada Placencia	15258705-8	Médico CECOSF	02	02/02/2017	03/02/2017	MAS VIDA
1-36342683	Juan Santibáñez Acosta	10020614-5	Nochero CESFAM	01	04/02/2017	04/02/2017	FONASA

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. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

ELS/jsb.
 07.02.2017

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

Nº1- 36342833

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: SALDÍAS APELLIDO MATERNO: ARACONA NOMBRES: CARLOS RUN: 15632884 M.F.: 2
 FECHA EMISION LICENCIA: 02/02/17 FECHA INICIO DE REPOSO: 01/02/17 DIA: 01 MES: 02 AÑO: 17 FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/83 EDAD: 33 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: 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: _____ 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: _____
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

HORA: _____ MINUTOS: _____

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: Quilma
 CALLE: SN
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: Quilma
 TELEFONO: _____ CELULAR: 97683408
 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: Escalante APELLIDO MATERNO: VAGUE NOMBRES: JORGE ESPECIALIDAD: 1= MEDICO
 RUN: 22825804-0 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: Cespedes Quilma Nº: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 COMUNA: Quilma

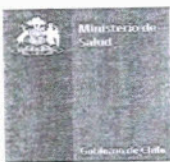
NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	DESDE	HASTA
TOTAL DIAS	19	02
DIA	19	02
MES	12	12
AÑO	2016	2016
DIA	22	22
MES	12	12
AÑO	2016	2016

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº1- 36342681

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 PANADA **APELLIDO MATERNO** PLACENCIA **NOMBRES** VALERIA
FECHA EMISION LICENCIA 02/02/17 **FECHA INICIO DE REPOSO** 02/02/17 **FECHA DE NACIMIENTO** 10/06/82 **EDAD** 34 **SEXO** F
Nº DE DIAS 02 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** 2 DÍAS

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 _____

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 EL ENCANTO S/N QUILLON
COMUNA _____
TELEFONO _____ **CELULAR** _____
CORREO ELECTRONICO _____
FIRMA DEL TRABAJADOR

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 ESCALANTE **APELLIDO MATERNO** VAQUE **NOMBRES** JORGE
RUN 22825804-0 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** _____
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION FRANCISCO UNZUETA
CALLE _____
ESPECIALIDAD MO 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
CORREO ELECTRONICO _____
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	ANNO	MES	DIA	HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
	2016	10	10	10	10	04
	2016	10	28	10	24	02
	2016	11	10	11	08	01
	2016	11	11	11	08	01
	2016	11	12	11	16	01
	2016	06	06	06	06	01
	2016	05	05	05	05	01

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

1= SI 2= NO

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES





Licencia Médica

Nº1- 36342683

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: SANTIBARRIA APELLIDO MATERNO: COSTA NOMBRES: JUAN OTTA
 FECHA EMISION LICENCIA: 03 02 17 FECHA INICIO DE REPOSO: 04 02 17
 FECHA DE NACIMIENTO: 06 11 64 EDAD: 52 SEXO: M
 Nº DE DIAS: 04 Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

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

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: CAMINO MENA QUEZ

CALLE: 368

Nº: LOS ANDES DPTO:

VILLA O POBLACION: QUILLON

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: PARRA APELLIDO MATERNO: GUARTAMBEL NOMBRES: MYLTON
 RUN: 22732996-3 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: SAN NICOLAS Nº: 5-7 FIRMA DEL PROFESIONAL:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 TOTAL DIAS: 01 DIA MES AÑO: 31 12 2011
 DESDE: 01 DIA MES AÑO: 31 12 2011
 HASTA: 01 DIA MES AÑO: 31 12 2011
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

