



**DECRETO ALCALDICIO N° 686 /**

Quillón, 17 FEB 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de: Andrea Claudia Meza y Patricia Huenopil.
- El Decreto Alcaldicio N° 536 de fecha 09/02/2017, que designa Secretario Municipal (S) a Don Néstor Cid Pedreros.
- 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 Subroga.
- 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.
- 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.
- 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
2-52448537	Claudia Meza Burgos	[REDACTED]	Asistente Social CECOSF El Casino	04	13/02/2017	16/02/2017	FONASA
1-36342699	Patricia Huenopil Rocha	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	04	14/02/2017	17/02/2017	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.**



**NÉSTOR CID PEDREROS**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**  
**MINISTRO DE FE**



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

ELS/jsb.  
15.02.2017

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

## Nº 2 - 52448537

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: MARIA APELLIDO MATERNO: Bungos NOMBRES: Andrés, del C  
 FECHA EMISION LICENCIA: 130411 FECHA INICIO DE REPOSO: 130211  
 Nº DE DIAS: 04 Nº DE DIAS EN PALABRAS: cuatro

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 110891 EDAD: 20 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 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)

NOMBRES: MARIA ESPECIALIDAD: Real per  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 2577  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: POCOA FRE  
 CALLE: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

Dr. Marcelo Pérez Salazar  
 Médico Familiar  
 FIRMADO: \_\_\_\_\_

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
2016	09	16	2016	09	01
2016	10	19	2016	10	05
2016	11	15	2016	11	03

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica en los días hábiles siguientes de recepción del documento. 1= SI 2= NO





# Licencia Médica

## Nº 1 - 36342699

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

**HUENOPIL ROOMA PATRICIA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**130217** **140217**  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO  
**04** **CUATRO**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

**[REDACTED]**  
 RUN  
**210559** **04**  
 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 18.857)

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

**1**

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL  
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL  
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL  
 A= MAÑANA  
 B= TARDE  
 C= NOCHE

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

LUGAR DE REPOSO **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
 DIRECCION DE REPOSO  
 CALLE  
 Nº DPTO  
 VILLA O POBLACION  
 COMUNA  
 TELEFONO  
 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

**Tatiana Lopez**  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**ESCALANTE VALDE JORGE**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**FRANCISCO UNZUELA**  
 CALLE  
**QUILLON**  
 COMUNA

**MO** ESPECIALIDAD  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO  
**[REDACTED]**  
 Nº FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
**[REDACTED]**

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2016 12 23	2016 12 21	03
2016 10 19	2016 10 15	04
2016 09 26	2016 09 22	04
2016 09 22	2016 09 17	05
2016 09 09	2016 09 04	05