



DECRETO ALCALDICIO Nº 1.045

Quillón, 22 MAR 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Pamela Lincovil y Fabiola Arriagada.
- El Decreto Alcaldicio Nº 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio Nº 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio Nº 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley Nº 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio Nº 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 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 Nº 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:

Nº de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
2-50522828	Pamela Lincovil Ñanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	30	20/03/2017	18/04/2017	CONSALUD
3-1016082-0	Fabiola Arriagada Rubilar	[REDACTED]	TENS CESFAM	11	21/03/2017	31/03/2017	CONSALUD

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

YLF/jsb.
21/03/2017

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

Nº 2 - 50522828

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

LIMCOVIL NANCO PAMELA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

200317 FECHA EMISION LICENCIA
200317 FECHA INICIO DE REPOSO
 DIA MES AÑO

230387 FECHA DE NACIMIENTO
29 EDAD
F SEXO

30 Nº DE DIAS
 Nº DE DIAS EN PALABRAS

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

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 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) **ambulatorio**

DIRECCION DE REPOSO
 CALLE
 Nº DPTO
 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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

PALMA VALDES CRISTIAN
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

psiquiatra ESPECIALIDAD
1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

SAN DOMINGO CALLE

974 Nº
 FIRMA DEL PROFESIONAL

Puerto VARR COMUNA

96896369 CORREO ELECTRONICO


NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN 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 recepcionado el documento.

1= SI 2= NO


HASTA		DESDE		TOTAL DIAS		
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	
2013	03	17	2013	03	14	04
2013	03	17	2013	03	10	04
2013	01	19	2013	01	16	01
2016	12	15	2016	12	15	01
2016	12	05	2016	12	01	05
2016	11	07	2016	11	03	05

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



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.
*** OTORGADA PARA COTIZANTE: CONSALUD



4 10010161062000

N° 3 FOLIO: 1016082-0

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARRIAGADA	RUBILAR	FABIOLA DEL ROSARIO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 - CELULAR		968447040	
CANAL	EMAIL	DATO	

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N DE DIAS	N DE DIAS EN PALABRAS
<input type="text" value="20"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="17"/> <small>Dia Mes Año</small>	<input type="text" value="21"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="17"/> <small>Dia Mes Año</small>	11	ONCE

Operator : 4

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 adopcion 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=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
-------------------------	---	-----------------------------	---

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO
	<input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> 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

PEREZ	SALAZAR	MARCELO EDUARDO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MEDICINA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Medico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	20702	MARCELO1545@VTR.NET
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
JUAN PAULINO FLORES 509 # QUILLÓN CHILE		422581945	
DIRECCION		TELEFONO	FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

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

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO
TRABAJADOR INDEPENDIENTE
TRABAJADOR DEPENDIENTE



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 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 Quilón DEPTO. SALUD		61.972.800-7	92-2207149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR			COMUNA	CIUDAD	21-03-17

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petroleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcción 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	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) Tec. en Enfermería

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

REGIMEN PREVISIONAL <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: Letra (Caja Prev.) Nombre Int. Prev. HADINAT	CALIDAD TRABAJADOR <input checked="" type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. 3=Trabajador dependiente sector privado 4=Trabajador Independiente	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion Indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
---	---	---

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF Dia Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 12-08-2009	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 12-08-2009
---	---	--

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador
---	--

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **CONSALUD**



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 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	Año	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			B	C	D	E
	12	2016			1.178.561		
	01	2017			679.671		
	02	2017			679.671		

% DESAHUCIO
 11,27

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (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	Año	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			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, 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	Año	Dia	Mes	Año
01	27	12	2016	27	12	2016
04	13	03	2017	16	03	2017
04	17	03	2017	20	03	2017

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

DIRECCION SERVICIO DE SALUD QUILLON
FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

-----COMPIN-----FONASA-----
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl