



DECRETO ALCALDICIO N° 1.074

Quillón, 24 MAR 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Igor Figueroa y Juan Santibáñez.
- 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.
- 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
1-36347483	Igor Figueroa Cifuentes	[REDACTED]	Enfermero CESFAM	02	21/03/2017	22/03/2017	MAS VIDA
1-36347860	Juan Santibáñez Acosta	[REDACTED]	Nochero CESFAM	07	21/03/2017	27/03/2017	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



VLADIMIR PENA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

ELS/jsb.

23.03.2017

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica

Nº 1-36347483

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 cambiario 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

FIGUEROA CIFUENTES **JOSOR**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
210214 **210314**
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO
02 **00**
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

310168 **49** **H**
 RUN EDAD SEXO
 FECHA DE NACIMIENTO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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

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= 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

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
 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)

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

M5 ESPECIALIDAD
 CORREO ELECTRONICO **Dr. Jorge Escalante V.**
MEDICO - CIRUJANO
 Nº **159** FIRMA DEL PROFESIONAL
 TELEFONO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

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.

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



Licencia Médica

Nº1-36347860

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: SANTI B A S E Z APELLIDO MATERNO: A C O S T A NOMBRES: J U A N O M
 FECHA EMISION LICENCIA: 2 1 0 3 1 7 FECHA INICIO DE REPOSO: 2 1 0 3 1 7
 N° DE DIAS: 0 7 N° DE DIAS EN PALABRAS: S I E T E

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 0 6 1 1 6 2 EDAD: 5 2 SEXO: M

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

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: [REDACTED]
 CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]
 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: P E R E Z APELLIDO MATERNO: G U A R T A M B E L NOMBRES: M I L O S
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: AN T U N O P R A T
 CALLE: S A N N I C O L A S
 COMUNA: _____

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

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



TOTAL DIAS	DESDA	HASTA
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12
01	01	01
01	02	02
01	03	03
01	04	04
01	05	05
01	06	06
01	07	07
01	08	08
01	09	09
01	10	10
01	11	11
01	12	12