I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN
****

DECRETO ALCALDICIO Nº 3.095/

Quillón, 08 SEP 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Sonia Espinoza, Susana Concha y Miguel Opazo.
- 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 N° 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 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 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
1-36634869	Sonia Espinoza Campos	[redacted]	Administrativa CECOSF	05	04/09/2017	08/09/2017	FONASA
1-36634870	Susana Concha Acuña		Auxiliar CECOSF	01	06/09/2017	06/09/2017	FONASA
1-36347538	Miguel Opazo Uribe		Auxiliar CESFAM	02	06/09/2017	07/09/2017	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenérsele la remuneración integra, 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.

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN SECRETARIO MUNICIPAL

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN ADMINISTRADOR

VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
06.09.2017

DISTRIBUCIÓN:

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

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1 - 36634869

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 PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
MENDOZA	CAMPOS	SONIA

RUN [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 05/09/17
FECHA INICIO DE REPOSO: DIA 04 MES 09 AÑO 17
FECHA DE NACIMIENTO: 03/08/69 EDAD: 48 SEXO (M o F): F
Nº DE DIAS: 05
Nº DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

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

Tipo de licencia: 1

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= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

Reposo laboral: 1

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)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE [redacted]
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)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ESCALANTE	VALDES	JORGE

RUN [redacted]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
ESPECIALIDAD: MD
1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA: 1
CORREO ELECTRONICO
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
CALLE: FRANCISCO UNZUETA
Nº: 159
COMUNA

Dr. Jorge Escalante V.
MEDICO - CIRUJANO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

	DESDE			HASTA		
TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	18	04	2017	19	04	2017
03	28	06	2017	30	06	2017
05	19	06	2017	23	06	2017
05	07	08	2017	11	08	2017

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLOTA

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

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1 - 36634870

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 PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
CONCHA	AGUÑA	SUSANA

RUN: [redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 06/09/14 — FECHA INICIO DE REPOSO: 06/09/14 (DIA / MES / AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO: 21/07/64 — EDAD: 50 — SEXO: M ☐ F ☒

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

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

Marcado: 1

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 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

Marcado: 1

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):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: [redacted]

Nº: [redacted] DPTO.

VILLA O POBLACION: [redacted]

COMUNA: [redacted]

TELEFONO: [redacted] CELULAR: [redacted]

CORREO ELECTRONICO: [redacted]

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)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ESCALANTE	VASQUEZ	JORGE

RUN: [redacted]

ESPECIALIDAD: MD

1 = MEDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA: 1

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: ☐ -

CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FRANCISCO UNAUTIA — Nº:

COMUNA: ONTARON — TELEFONO:

Dr. Jorge Escalante V.
MEDICO CIRUJANO
[redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

FIRMADO ☐

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIRECCION SALUD MUNICIPAL ONTARON

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO
05	22	05	2014	26	05	2014
10	07	06	2014	09	06	2014
14	23	06	2014	03	07	2014
10	04	07	2014	08	07	2014
01	09	07	2014	09	07	2014
02	21	07	2014	22	07	2014

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

1 = SI ☐ 2 = NO

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Licencia Médica

Nº 1 - 36347538

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 PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	M ó F
OPAZO	URIBE	MIGUEL	[redacted]	M

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO (DIA / MES / AÑO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
06/09/17	06/09/17	29/09/71	45	M

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
02	DOS

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):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: [redacted]

Nº: [redacted] DPTO:

VILLA O POBLACION: [redacted]

COMUNA:

TELEFONO: CELULAR: [redacted]

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
MOLINA	DIAZ	LUIS EDUARDO	—	1

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 31453 - 6

CORREO ELECTRONICO: [redacted]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FRANCISCO VALDES

Nº: 154

COMUNA:

FIRMA DEL MEDICO: DR. LUIS MOLINA DIAZ

[redacted]

TELEFONO: 42 2587630

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPAL DIRECCION SALUD

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO	TOTAL DIAS

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

trabajados.