



VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Horacio Alarcón y Jessica Garcia.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015
- 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° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, 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 licencia médica al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-11068521-1	Horacio Alarcón Venegas	[REDACTED]	Odontólogo Posta Coyanco	02	04/08/2016	05/08/2016	MAS VIDA
1-36107459	Jessica Garcia San Martín	[REDACTED]	TENS CESFAM	05	08/08/2016	12/08/2016	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.



RICARDO NEIRA ARIAS
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
08.08.2016

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, 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. N° 3/1984



N° 3 011068521-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

A L A R C O N				V E N E G A S				H O R A C I O E S T E				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
0 5 0 8 2 0 1 6				0 4 0 8 2 0 1 6				3 6		M					
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO					
0 2		D O S													
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS													

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18 867)

[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]				[REDACTED]			
FECHA NACIMIENTO															

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SÍ / 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = SÍ / 1 = NO / INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO 1 = SÍ / 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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) _____

DIRECCIÓN: CALLE, N° DEPTO, COMUNA [REDACTED]

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

K L A P P				G O N Z A L E Z				F E R N A N D A I G N				[REDACTED]			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN			
35143-1				[REDACTED]				M E D I C I N A G E N E R A L				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD							
41-2666000/				Caupulican 518, Santiago				[REDACTED]				<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN								FIRMA PROFESIONAL			

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.



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, 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. N° 3/1984



N° 3 011068521-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR
 [C][O][M][P][I][N][U][N][I][D][A][D][L][I][C][E][N][C][I][A][S][M][E][D][I][C][A][S]
 RUT: [8][1][0][6][8][5][2][1][0][0][0][0][0][0][0][0][0][0][0][0][0][0]
 TELEFONO: [2][2]-[2][2][0][7][1][4][0]
 FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA): [0][9][0][9][0][1][0]
 DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR
 [P][A][N][A][M][A]
 COMUNA: [Q][U][I][L][I][M][O]
 CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN: [5][0]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
- 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
- 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
- 3 = CONSTRUCCION.
- 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
- 5 = COMERCIO.
- 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
- 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
- 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
- 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

[3]

OCUPACION

- 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).

[13]

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

REGIMEN PREVISIONAL

- 1= D.L. 3501 INP.
- 2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO: [2] LETRA (CAJA PREV): [A]
 NOMBRE INT. PREV.: [Alicia]

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
- 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
- 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
- 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

[3]

SEGURO DE DESEMPEÑO

Trabajador afiliado a AFC: 1 = SI
 2 = NO
 Contrato de duración indefinida: 1 = SI
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA): [0][9][0][9][0][1][0]
 FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA): [0][9][0][9][0][1][0]

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

- A = SERVICIO DE SALUD
- B = ISAPRE
- C = C.C.A.E.
- D = EMPLEADOR

[A]

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

- E = SERVICIO DE SALUD
- F = MUTUAL
- G = INP
- H = EMPLEADOR

[E]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: [S][A][N][I][T][A][R][I][O][M][U][N][I][C][I][P][A][L][D][E][P][U][B][L][I][C][A][D][E][S][A][N][T][I][A][G][O]



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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. N° 3/1984



N° 3 011068521-1

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	05	2016			1.398.534		
	06	2016			1.398.534		
	07	2016			1.398.534		

% DESAHUCIO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	.	/	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N°44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
03	30	03	2016	18	04	2016
03	26	04	2016	29	04	2016
03	30	05	2016	01	06	2016

MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DIRECCIÓN SALUD MUNICIPAL

[Firma manuscrita]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SECCION A USO RESPONSABLEIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR
APELLIDO PATERNO: GAMMA APELLIDO MATERNO: SAN MARIN NOMBRES: ESCOBAR

FECHA DE INICIO DEL REPOSO: 08/05/16
FECHA DE FINALIZACION: 05/05/16
Nº DE DIAS: 05

FECHA DE NACIMIENTO: 31/01/80 EDAD: 36 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL AÑO
RMS 199 y 200 del C. de Trabajo y Unidad de Ejecucion plena Ley 16.828

A.1. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4= ENFERMEDAD GRAVE Y/O 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
 LUGAR DE REPOSO: 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (S):
 DIRECCION DE REPOSO:

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: 08/05/16

HORA: 08:00 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: 05/05/16

CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LMA POR CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LMA Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 16.828

Firma del Trabajador: Escobar

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

ESCALANTE VAQUE JORGE L
APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES:

ESPECIALIDAD: N O
1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO O PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
P. MARIANO ANZURETA
CALLE

CORREO ELECTRONICO
 DR. JORGE L. ESCALANTE VAQUE
 Nº: [Redacted]
 TELEFONO:
 FIRMA DEL PROFESIONAL

COMUNA

COMPIN - COMISARIA GENERAL DE SALUD - CONTRALORIA MEDICA - COMPIN C.S. (BPS)

EL/LLA/NEA/SA/ACCIONARIO/EMPRESARIO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 M. ESCOBAR
 MUNICIPALIDAD DE TAMAYO
 DIRECCION DE SALUD
 CONTRALORIA MEDICA
 14 DE MAYO DE 2016

DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
08/05/16	05/05/16	05

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica... 1= SI 2= NO