



DECRETO ALCALDICIO N° 29051

Quillón, 25 AGO 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Maria Casanova, Estephany Osses y Susana Cocha.
- 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
1-36107557	María Casanova Salazar	[REDACTED]	Asistente Social CESFAM	01	18/08/2016	18/08/2016	COLMENA
1-36213069	Estephany Osses Díaz	[REDACTED]	Matrona CECOSF	01	18/08/2016	18/08/2016	COLMENA
2-51285059	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	05	19/08/2016	23/08/2016	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramitese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PEÑA MAHUIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
22.08.2016

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica

Nº 1 - 36107557

La COMPIN, la S. de Promoción y Licencias Médicas de la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo; otorgarlo total o 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 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

CASANOVA SALAZAR MARIA ALE
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

180816 180816
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

050179 37 F
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

01 UNO
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal. Lits. 199 y 200 del C. Del Trabajo y juicio de excepción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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= 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

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

MOLINA MUÑOZ CYRTA AND
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

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

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA
CALLE

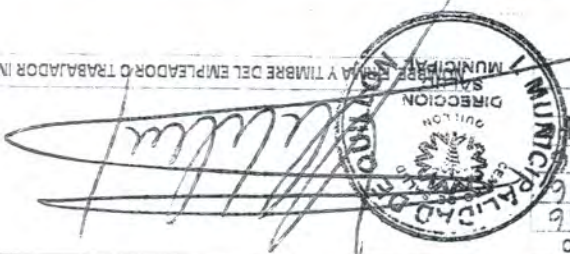
QUI COMUNA

159 Nº

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

MUNICIPALIDAD DE QUIRQUILÁN



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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.

Licencia Médica

Nº1-36213069

La COMPIN, la Subcomisión de Unidades 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 a la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados a 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: **OSSES** APELLIDO MATERNO: **RIAZ** NOMBRES: **ESTEPHANY I**
 FECHA EMISION LICENCIA: **180816** FECHA INICIO DE REPOSO: **180816** RUN: **041283** EDAD: **32** SEXO: **F**
 Nº DE DIAS: **001** 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: _____ RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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= 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]
 COMUNA: [Redacted]
 TELEFONO: [Redacted] CELULAR: [Redacted]

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2= 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

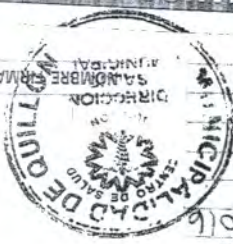
CORREO ELECTRONICO

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: **RIVERA FUENTES** APELLIDO MATERNO: **JORGE A** NOMBRES: **M. G.** ESPECIALIDAD: **1**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **124826** CORREO ELECTRONICO: **jorge.1955@gmail.com**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **UNGUETA**
 CALLE: **[Redacted]** Nº: **202** FIRMA DEL PROFESIONAL: **[Redacted]**
 COMUNA: **[Redacted]**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	06 09 2016	09 09 2016
04	09 09 2016	09 09 2016
05	09 09 2016	09 09 2016

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica 1= SI 2= NO
 días hábiles siguientes de recepción de el documento.
 antes el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción de el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

N° 2 - 51285059

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. N° 31.984.

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: CONCHA APELLIDO MATERNO: ACUNA NOMBRES: SUSANA BEATRIZ
 FECHA EMISION LICENCIA: 190816 FECHA INICIO DE REPOSO: 190816
 N° DE DIAS: 05 N° DE DIAS EN PALABRAS: cinco

FECHA DE NACIMIENTO: 310767 EDAD: 49 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 18.857).

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

HORA: _____ MINUTOS: _____
 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: _____
 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

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

APELLIDO PATERNO: Placencia APELLIDO MATERNO: Placencia NOMBRES: Carolina
 RUN: _____ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Placencia
 CALLE: _____
 COMUNA: Placencia

ESPECIALIDAD: Medicina 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
Dr. Luis Placencia
 MÉDICO CIRUJANO
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN 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	AÑO	MES	DIA	DIA
2016	05	2016	05	05	07
2016	04	2016	04	19	01
2016	04	2016	04	27	04
2016	03	2016	03	03	01
2016	08	2016	08	06	03
2016	08	2016	08	10	01

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