

112039



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

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO Nº 4123 /**

Quillón, 07 DIC 2016

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Jessica García, Susana Concha, Viviana Muñoz, Jorge Guajardo y Alejandro Parra.
- El Decreto Alcaldicio Nº 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio Nº 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. Nº 2.294/2015.
- 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 Subroga.
- 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 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 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 licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

Nº de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35799423	Jessica García San Martín	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	01/12/2016	01/12/2016	FONASA
1-36107625	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	01	02/12/2016	02/12/2016	FONASA
1-35799424	Viviana Muñoz Vásquez	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	02/12/2016	02/12/2016	CONSALUD
2-50664948	Jorge Guajardo Zurita	[REDACTED]	Paramédico CESFAM	08	02/12/2016	09/12/2016	FONASA
2-51285098	Alejandro Parra Díaz	[REDACTED]	TENS CESFAM	02	05/12/2016	06/12/2016	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. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL**

*EL*  
**ELS/jsb.**  
08.12.2016.

**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

Nº1- 35799424

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. Nº311984

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

MUNOZ UASQUEZ VIVIANA [REDACTED]

APELLIDO PATERNO: 021216 APELLIDO MATERNO: 021216 NOMBRES: [REDACTED] RUN: 050979 M.F: F  
 FECHA EMISION LICENCIA: 01 FECHA INICIO DE REPOSO: UN DIA DIA MES AÑO: 01 UN DIA FECHA DE NACIMIENTO: 37 EDAD: F 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 18.867).

### 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

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

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

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES AÑO

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)

SAN MARTIN COLERA ALVARO cirujano dentista ESPECIALIDAD: 2 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA COMUNA: DULL  
 CORREO ELECTRONICO: alvaro smc @ g mail . com CELULAR: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
05	07	11
30	09	09
25	16	07
	2016	2016
	02	02
	09	09
	2016	2016

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES









# Licencia Médica

# Nº 2 - 51285098

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

APPELLIDO PATERNO: DIANA DIAZ APPELLIDO MATERNO: ALEJANDRO DIAZ NOMBRES: ALEJANDRO DIAZ

FECHA EMISION LICENCIA: 05/12/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 05/12/16  
DIA MES AÑO

RUN: 101264 EDAD: 51 SEXO: M

Nº DE DIAS: 02 Nº DE DIAS EN PALABRAS: 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).

APPELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APPELLIDO 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): \_\_\_\_\_

DPTO: \_\_\_\_\_

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: *[Firma]*

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

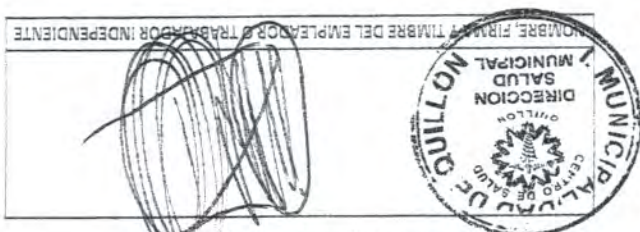
APPELLIDO PATERNO: FRANCISCO APPELLIDO MATERNO: UNGUETA NOMBRES: FRANCISCO UNGUETA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNGUETA  
CALLE: \_\_\_\_\_  
COMUNA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: General  1 = MEDICO  2 = DENTISTA  3 = MATRONA  
CORREO ELECTRONICO: vapp\_20@hotmail.com  
FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA