



Quillón, 05 ENE 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médica de Valeria Parada, Alejandro Parra, Claudia Coloma, Paulina Morales, Stefania Monsalves, Mariela Neira y Pamela Lincovil.
- 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° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 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. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
2-43601724	Valeria Parada Placencia		Médico CESFAM	03	28/12/2015	30/12/2015	MAS VIDA
1-35050197	Alejandro Parra Quintana		TENS CESFAM	01	29/12/2015	29/12/2015	MAS VIDA
1-32098073	Claudia Coloma Parra		Paramédico CESFAM	01	29/12/2015	29/12/2015	FONASA
1-35221656	Paulina Morales Guevara		TENS CESFAM	01	31/12/2015	31/12/2015	FONASA
2-49578706	Stefania Monsalves Bustos		Administrativo CESFAM	07	30/12/2015	05/01/2016	FONASA
2-49561090	Mariela Neira Ulloa		TENS CESFAM	02	30/12/2015	31/12/2015	FONASA
2-49004411	Pamela Lincovil Ñanco		Odontóloga CECOSF	01	30/12/2015	30/12/2015	CONSALUD

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. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

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



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MINISTRO DE FE

ELS/jsb.  
04.01.2016

**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

MINISTERIO DE SALUD

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° 2- 43601724

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES



FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

DIA    MES    AÑO

EDAD

M ó F  F

SEXO

N° DE DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO 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 )

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) :

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR *Raul Fuentealba Cruz*

ESPECIALIDAD  1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

RUN                      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL                      CORREO ELECTRONICO                      FIRMA DEL TRABAJADOR

Dr. RAUL FUENTEALBA CRUZ

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES
02	07	28	07	29	07
01	09	15	09	15	09
02	09	09	10	11	10
01	10	10	10	12	10

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

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

Nº 1- 35050197

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

PARBA QUINTANA ALEJANDRO  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 29 12 15 FECHA INICIO DE REPOSO 29 12 15 DIA MES AÑO  
 01 UN DIA Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

[REDACTED]  
 RUN [REDACTED] M F  
 010784 31 M  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

### 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).

[REDACTED]  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

[REDACTED]  
 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  
 [REDACTED] DIA MES AÑO  
 [REDACTED] HORA MINUTOS TRAYECTO  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION  
 [REDACTED] 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 [REDACTED] CELULAR [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO [REDACTED]

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 CORREA ALVARO  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 ESPECIALIDAD CIRUJANO DENTISTA 2  
 alvarosmc@gmail.com CORREO ELECTRONICO  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE Nº 159  
 FIRMA DEL TRABAJADOR [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL [REDACTED]  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 [REDACTED]  
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre, correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes al perfeccionado el documento.

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados.



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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.

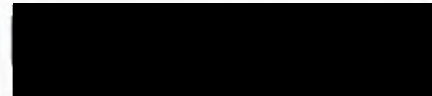
## N° 1 - 32098073

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**COLOMA PARRA CLAUDIA CONEVA**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**29/12/15** FECHA EMISION LICENCIA  
**29/12/15** FECHA INICIO DE REPOSO  
**42** EDAD  
**F** SEXO  
**01** N° DE DIAS  
**DIA (UNO)** N° DE DIAS EN PALABRAS



#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo 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 HIJO 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  
TEL

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**SOTO BELONNA ROSEMARIE A.**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

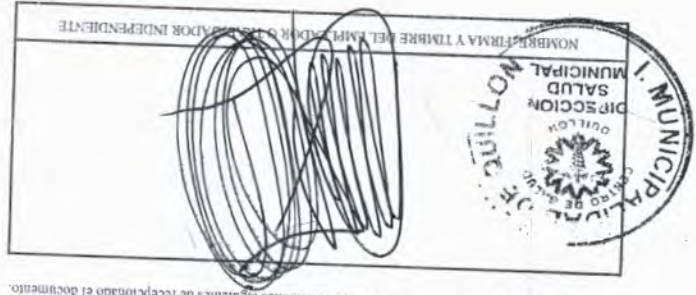
*Rosemarie Soto Belonna*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

**3**  
1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

**258/623** TELEFONO  
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

*Rosemarie Soto Belonna*  
EPECIALIDAD

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



TOTAL DIAS	
DESDE	HASTA
15	03
09	10
10	20
11	20
11	20
13	20
14	20

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

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

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 periodo 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

Nº1- 35221656

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 periodo 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 periodo 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: **MORALES** APELLIDO MATERNO: **BUEVANA** NOMBRES: **PAULINA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **31/12/15** FECHA INICIO DE REPOSO: **31/12/15**  
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **UNO**

RUN: [REDACTED] MÓF: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: **29/10/78** EDAD: **37** 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).

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

### 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: [REDACTED]  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

### 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): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED] Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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: **ESCALANTE** APELLIDO MATERNO: **MAQUE** NOMBRES: **JORGE**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: **FRANCISCO UNZUETA**  
 COMUNA: **QUILLON**

FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 ESPECIALIDAD: **M5**  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma manuscrita]

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

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2015 11 09	2015 10 26	15
2015 09 07	2015 08 08	04
2015 08 07	2015 07 08	01

### C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados:

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------	------------	------------	------------	------------



# Licencia Médica

Nº 2- 49578706

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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a 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 periodo 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: MONSALVES  
 APELLIDO MATERNO: DUSTOS  
 NOMBRES: STEFANIA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 28/12/15  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 30/12/15  
 Nº DE DIAS: 07  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: SIETE

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 09/09/86  
 EDAD: 29  
 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).

APELLIDO PATERNO: LAEMMERMANN  
 APELLIDO MATERNO: MONSALVEZ  
 NOMBRES: GRACE

FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/15  
 RUN: 25036350-8

### 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: [REDACTED]  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED]

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL  
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL:  A= MAÑANA  E= TARDE  C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO:  1= SU DOMICILIO  2= HOSPITAL  3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]  
 Nº: [REDACTED] DEPTO: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

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  
 APELLIDO MATERNO: KNIGHT  
 NOMBRES: NATALIA IS  
 RUN: [REDACTED]  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 26658 2

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

### DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: 2 ENTENO 1512  
 COMUNA: OSORN

Nº: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



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.

07	23	12	2015	29	12	2015
TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	ANO	DIA	MES	ANO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACIÓN DE LA CONTRALORÍA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

trabajadores.



# Licencia Médica

## Nº2- 49561090

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.L. 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

**NEIRA ULLOA MARIELA ALETIAN**  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES  
**31/12/15**      **30/12/15**  
 FECHA EMISION LICENCIA      FECHA INICIO DE REPOSO      DIA      MES      AÑO  
**02**      **DOS**  
 Nº DE DIAS      Nº DE DIAS EN PALABRAS

**070387**      **26**      **F**  
 RUN      EDAD      SEXO  
**070387**  
 FECHA DE NACIMIENTO

#### 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

#### 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      E= TARDE      C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO **1**      1= SU DOMICILIO      2= HOSPITAL      3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
 DIRECCION DE REPOSO  
 CALLE  
 Nº      DPTO.  
 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)

**PARADA PLACENCIA VALER**  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**DRAT**  
 CALLE  
**QUILLIC**  
 COMUNA

**General**  
 ESPECIALIDAD  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA  
 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 CORREO ELECTRONICO  
**622**  
 Nº  
**UNIVERSIDAD**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE FIRMA Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
  
  
 1= SI      2= NO  
 antes el COMPIN o Isapre correspondiente dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
2015 02 22	2015 02 24	03
2015 02 23	2015 02 29	07
2015 02 24	2015 02 29	06
2015 02 25	2015 02 29	05
2015 02 26	2015 02 29	04
2015 02 27	2015 02 29	03
2015 02 28	2015 02 29	02
2015 02 29	2015 02 29	01
2015 02 30	2015 02 29	00
2015 03 01	2015 02 29	00
2015 03 02	2015 02 29	00
2015 03 03	2015 02 29	00
2015 03 04	2015 02 29	00
2015 03 05	2015 02 29	00
2015 03 06	2015 02 29	00
2015 03 07	2015 02 29	00
2015 03 08	2015 02 29	00
2015 03 09	2015 02 29	00
2015 03 10	2015 02 29	00
2015 03 11	2015 02 29	00
2015 03 12	2015 02 29	00
2015 03 13	2015 02 29	00
2015 03 14	2015 02 29	00
2015 03 15	2015 02 29	00
2015 03 16	2015 02 29	00
2015 03 17	2015 02 29	00
2015 03 18	2015 02 29	00
2015 03 19	2015 02 29	00
2015 03 20	2015 02 29	00
2015 03 21	2015 02 29	00
2015 03 22	2015 02 29	00
2015 03 23	2015 02 29	00
2015 03 24	2015 02 29	00
2015 03 25	2015 02 29	00
2015 03 26	2015 02 29	00
2015 03 27	2015 02 29	00
2015 03 28	2015 02 29	00
2015 03 29	2015 02 29	00
2015 03 30	2015 02 29	00
2015 03 31	2015 02 29	00

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



# Licencia Médica

Nº 2-49004411

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. 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

APELLIDO PATERNO: Finescol APELLIDO MATERNO: DANCO NOMBRES: Pomelo Celte  
 FECHA EMISION LICENCIA: 31/12/15 FECHA INICIO DE REPOSO: 30/12/15 RUN: [REDACTED] M O F: [REDACTED]  
 N° DE DIAS: 01 N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO FECHA DE NACIMIENTO: 23/08/28 EDAD: 28 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).

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 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 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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO: 1  
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]  
 N°: [REDACTED] DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: Quilón  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]

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)

NOMBRES: Volmario Volmario Geronimo ESPECIALIDAD: GRAL 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 322843  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [REDACTED]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA 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 recepción del documento.

DIA	DESDE		HASTA		TOTAL DIAS
	MES	AÑO	MES	AÑO	
04	06	2015	09	2015	04
02	03	2015	04	2015	02
02	13	2015	14	2015	02
03	10	2015	10	2015	03
21	10	2015	23	2015	02

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL: [Signature]  
 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL: [Stamp]  
 ANO: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

corresponder a los días efectivamente trabajados.