



DECRETO ALCALDICIO N° 5471

Quillón, 17 2 FEB 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Alejandro Parra y Cecilia Vásquez.
- 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 Subroge.
- 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. 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
2-43600784	Alejandro Parra Quintana	[REDACTED]	Enfermero CESFAM	05	08/02/2016	12/02/2016	MAS VIDA
2-49287578	Cecilia Vásquez Asencio	[REDACTED]	Enfermera CECOSF	15	09/02/2016	23/02/2016	MAS VIDA

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. Tramítense 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 MAHUZIER**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.  
10.02.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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





# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

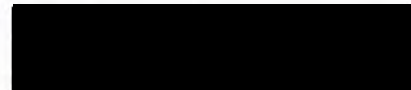
La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

## N°2- 43600784

### 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 O 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

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 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

                     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 : CALLE, N° DEPTO., COMUNA                     

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : \_\_\_\_\_

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

                      1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

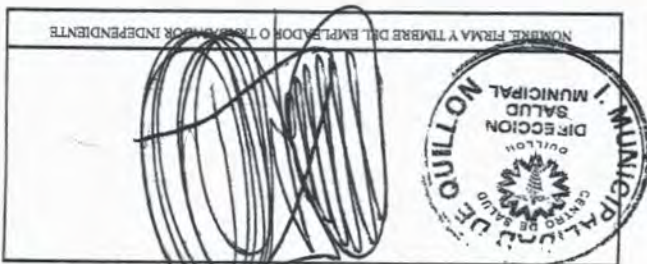
ESPECIALIDAD

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

TEL

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



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01		2011	29	12	2011

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

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción del documento.

1 = SI                       2 = NO

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

N°2- 49287578

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°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: **VASQUEZ** APELLIDO MATERNO: **ASCENCIO** NOMBRES: **CECILIA AL**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **090216** FECHA INICIO DE REPOSO: **090216**  
 DIA: **09** MES: **02** AÑO: **16**  
 N° DE DIAS: **15** N° DE DIAS EN PALABRAS: **QUINCE DIAS**

RUN: **[REDACTED]**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **030276** EDAD: **40** 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: \_\_\_\_\_

### 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

FECHA DE LA CONCEPCION: **1215**  
 MES: **12** AÑO: **15**

### 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: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 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: **BURGOS** APELLIDO MATERNO: **CHILAN** NOMBRES: **ARMANDO**  
 RUN: \_\_\_\_\_ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **VICENTE MENDOZA**  
 CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*  
 ESPECIALIDAD: **Ginec. - Obstetra**  
 1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: **ARMANDO BURGOS CHILAN**  
 Ginecologo - Obstetra  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	2015 10 23	2015 12 23
01	2015 12 23	2015 12 23

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

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

trabajados.