



DECRETO ALCALDICIO N° 6091

Quillón, 18 FEB 2016

**VISTOS:**

- La Licencia Médica de Luisa Pérez, Álvaro San Martín, Daniela Padilla, Patricia Huenopil, Albertina Figueroa y José Ríos.
- 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. 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
1-32097940	Luisa Pérez Cárdenas		Enfermera CESFAM	07	12/02/2016	18/02/2016	FONASA
1-32097938	Álvaro San Martín Correa		Odontólogo CEFAM	04	15/02/2016	18/02/2016	MAS VIDA
2-49883580	Daniela Padilla Gomez		Asistente social CESFAM	15	15/02/2016	29/02/2016	FONASA
2-48242098	Patricia Huenopil Rocha		Auxiliar CESFAM	15	16/02/2016	01/03/2016	FONASA
2-48242092	Albertina Figueroa Valenzuela		Paramédico CECOSF	15	16/02/2016	01/03/2016	FONASA
1-35221690	José Ríos Talavera		Conductor CESFAM	03	17/02/2016	19/02/2016	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. 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.

12.02.2016

**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

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.

MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 32097940

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: [Redacted] Apellido Materno: [Redacted] Nombres: Verónica Gabriela Pérez Mayra

Fecha Emisión Licencia: 13/02/16

Fecha Inicio de Reposo: 12/02/16

Edad: 46

Sexo:  M  F

N° de días: 04

N° de días en palabras: cuatro

### 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: [Redacted] Apellido Materno: [Redacted] Nombres: [Redacted]

Fecha de Nacimiento: [Redacted]

RUN: [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 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 Trámite de Invalidez:  1 = SI  2 = NO

Fecha del accidente del trabajo o del trayecto: [Redacted]

Día Mes Año: [Redacted]

Hora Minutos: [Redacted]

Trayecto:  1 = SI  2 = NO

Fecha de la concepción: [Redacted]

Mes Año: [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]

Dirección Calle N° Dpto. Comuna: [Redacted]

Teléfono (personal o de contacto): [Redacted]

Firma del trabajador: [Firma]

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Nombres: Verónica Gabriela Pérez Mayra

Firma del trabajador: [Firma]

Especialidad: [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: [Firma]



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	02	2015	12	02	2015
02	02	2015	10	14	2015

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 recibido el documento.

1 = SI  2 = NO

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

DOR SECTOR PÚBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. DOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. DOR 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

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° 1 - 32097938

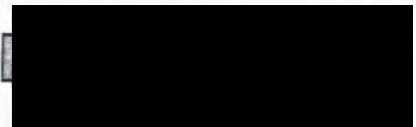
### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SALAS    
  APELLIDO MATERNO: RODRIGUEZ    
  NOMBRES: ALVARO

FECHA EMISION LICENCIA: 09 N° DE DIAS    
 FECHA INICIO DE REPOSO: 02/11 DIA MES AÑO    
 EDAD: 41    
 SEXO: M

N° DE DIAS EN PALABRAS: Quattro



#### 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:  SI    
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  SI

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: 02/11 DIA MES AÑO

TRAYECTO:  SI    
 HORA MINUTOS: 00:00

FECHA DE LA CONCEPCION: 02/11 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: \_\_\_\_\_

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

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: Salas    
 APELLIDO MATERNO: Rodriguez    
 NOMBRES: Alvaro

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]    
 ESPECIALIDAD: [Firma]

MEDICO    
 DENTISTA    
 MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]

**MUNICIPALIDAD DE CHILLAN**  
 DIRECCION DE SALUD  
 DIVISION DE LICENCIAS

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
01	05	01	05	01	05
01	05	01	05	01	05
03	05	27	01	29	01
01	05	08	06	03	07

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 recepción el documento.

1 = SI  
 2 = NO

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

ADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
ADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
ADOR 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 2 - 49883580

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

APELLIDO PATERNO: RAMÍREZ APELLIDO MATERNO: GONZÁLEZ NOMBRES: DAVID  
 FECHA EMISION LICENCIA: 15-2-16 FECHA INICIO DE REPOSO: 15-02-16  
 N° DE DIAS: 015 N° DE DIAS EN PALABRAS: quince

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 20-04-88 EDAD: 27 SEXO: P

#### 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= SI  2= NO  
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  1= SI  2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: 12-15  
 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: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 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: Vega APELLIDO MATERNO: Muñoz NOMBRES: RAUL  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 22193-7  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: \_\_\_\_\_  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: Raul Vega Muñoz  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]  
 I.C.M.: 22193-7  
 CINECO-OBSTETRA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:  
[REDACTED]  


HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
2016	01	2016	01	05
2016	01	2016	01	07

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 (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



# Licencia Médica

Nº 2- 48242098

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 cambiario 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 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

**HUENOPI L ROCHA PATRUCIA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**160216** **160216**  
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO  
**15** **QUINCE**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

**210869** **47** **F**  
 RUN EDAD SEXO  
 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 RUN  
 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 B= TARDE C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)  
 DIRECCION DE REPOSO  
 COMUNA  
 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

*Patricia Juarez V.*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**PARADA PLACENCIA VALENIA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**PRAT**  
 CALLE  
**QUILLÓN**  
 COMUNA

**General**  
 ESPECIALIDAD  
**000020** **2015**  
 CORREO ELECTRÓNICO  
**022** **022**  
 Nº Rut: **022**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	2015 09 10	2015 10 10
01	2015 11 11	2015 12 12
01	2015 12 23	2016 01 23

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.

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



# Licencia Médica

Nº 2-48242092

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

**FIGUEROA VALENZUELA ALBERT**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**150216** **160216** **130661** **54** **F**  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

**15** **QUINCE**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

### 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).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 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 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

HORA MINUTOS TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

### 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 DE REPOSO

VILLA O POBLACION

COMUNA

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 VALEN**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**622**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**General**  
 ESPECIALIDAD

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

**Dra. Valeria Parada Placencia**  
 RUT: **15.123.456-7**  
 MEDICO CIRUJANO

**PRAT**  
 CALLE

**Quillón**  
 COMUNA

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN		CENTRO DE SALUD DE QUILLÓN		DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL		MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN		CENTRO DE SALUD DE QUILLÓN		DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL		MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN	
TOTAL DIAS	DESDE	HASTA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	TOTAL DIAS
01	03	03	2015	03	03	2015	03	03	2015	03	03	2015	03	03	01
01	01	12	2015	01	24	2015	01	24	2015	01	24	2015	01	24	01
02	23	23	2015	12	23	2015	12	23	2015	12	23	2015	12	23	02

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

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



# Licencia Médica

## Nº1- 35221690

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

R I O S T A L A V E R A J O S E M I B U E L

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

M ó F

170216

FECHA INICIO DE REPOSO

170216

DIA MES AÑO

300771

FECHA DE NACIMIENTO

44

EDAD

M

SEXO

03

Nº DE DIAS

TRES

Nº DE DIAS EN PALABRAS

#### 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

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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL

1 1= SI  
2 2= NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2 1= SI  
2 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)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

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

*Josep...*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

Z U Ñ I G A A N I Z A G A J O N G E

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

RECTOR CIUDANO

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

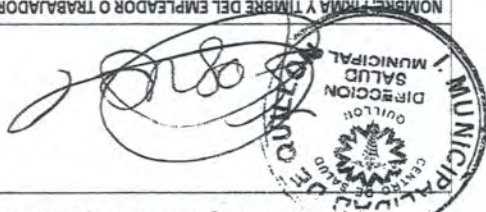
Nº

COMUN

*Josep...*  
FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO

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.

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