



Quillón, 08 MAR 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Raúl Fuentealba, Pamela Lincovil, Fernando Valenzuela, Soledad Fritz, José González, Yoselinne Soto, Luis Muñoz y Alejandra Luna.
- 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° 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
2-49881866	Raúl Fuentealba Cruz		Médico CESFAM	01	01/03/2016	01/03/2016	MAS VIDA
2-47617594	Pamela Lincovil Nanco		Odontología CECOSF	01	01/03/2016	01/03/2016	CONSALUD
2-48169674	Fernando Valenzuela Valenzuela		Médico CECOSF	03	01/03/2016	03/01/2016	BANMEDICA
1-35685638	Soledad Fritz Saldías		TENS CESFAM	04	01/03/2016	04/03/2016	FONASA
1-35576472	José González González		Conductor CESFAM	30	02/03/2016	31/03/2016	FONASA
3-83441976	Yoselinne Soto Becerra		Matrona CESFAM	16	02/03/2016	17/03/2016	MAS VIDA
2-50383103	Luis Muñoz Díaz		Auxiliar CESFAM	05	03/03/2016	07/03/2016	FONASA
2-49004422	Alejandra Luna Palavecino		Nutricionista CESFAM	09	03/03/2016	1/03/2016	CRUZ BLANCA

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

YLF/jsb.  
07.03.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



**RICARDO NEIRA ARIAS**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"





# Licencia Médica

## N° 2-49881866

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 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 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

PUENTEGALBA CRUZ RAÚL RUBÉN  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 020316 FECHA EMISION LICENCIA 010316 FECHA INICIO DE REPOSO  
 DIA MES AÑO  
 01 N° DE DIAS 200 N° DE DIAS EN PALABRAS

01/206 RUN 29 EDAD M 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

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)  
 DIRECCION DE REPOSO  
 CALLE  
 N° DPIO  
 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)

PARLADA PLACENCIA VALER  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 CALLE  
 COMUNA

ESPECIALIDAD 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO  
 FIRMAS DEL TRABAJADOR Y DEL PROFESIONAL

### 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 recepción del documento.  
 1= SI 2= NO

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	ANO	MES	
2014	10	2015	10	02
2014	11	2015	11	01
2014	11	2015	11	01
2014	11	2015	11	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE





# Licencia Médica

Nº 2-47617594

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: LINCOLN  
 APELLIDO MATERNO: MANCO  
 NOMBRES: PAMELA  
 RUN: [REDACTED]  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 01/03/16  
 FECHA EMISION LICENCIA: 01/03/16  
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]  
 EDAD: 28  
 SEXO: F  
 Nº DE DIAS: 1  
 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: [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]  
 DPTO: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED]  
 CELULAR: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 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)

APELLIDO PATERNO: RADWEN  
 APELLIDO MATERNO: BARRIENTOS  
 NOMBRES: ART  
 ESPECIALIDAD:  1= MEDICO,  2= DENTISTA,  3= MATRONA  
 GREGORIO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

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

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

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	2015	10
03	2015	10
01	2015	12
01	2016	01
02	2016	01
04	2016	02

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 ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE





# Licencia Médica

Nº2-48169674

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: Valeriano Valeriano Fernandez  
 APELLIDO MATERNO: [Redacted]  
 NOMBRES: [Redacted]  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 02/03/16  
 DIA MES AÑO  
 FECHA EMISION LICENCIA: 03  
 N° DE DIAS: Tres  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: Tres

RUN: [Redacted]  
 FECHA DE NACIMIENTOS: 04/10/86  
 EDAD: 29  
 SEXO: M

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA MES AÑO

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 (3): \_\_\_\_\_

DIRECCION DE REPOSO: [Redacted]  
 VILLA: [Redacted]  
 COMUNA: [Redacted]  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 CELULAR: [Redacted]  
 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: [Redacted]

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

APELLIDO PATERNO: Concepcion Godoy  
 APELLIDO MATERNO: David  
 NOMBRES: SR  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: GRA  
 DR. DAVID DAVID GODOY GODOY  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LOGAR DE EMISION: J. Espulso DA  
 CALLE: [Redacted]  
 COMUNA: [Redacted]

Nº: 330  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Redacted]  
 RUT: \_\_\_\_\_

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

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	HASTA	DESE
01	22	02	2016	22	02
03	10	02	2016	12	02
03	20	01	2016	22	01
07	13	01	2016	19	01
03	16	12	2015	18	12
02	05	11	2015	09	11

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 ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)





# Licencia Médica

Nº1- 35685638

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** [MITS SOLMAN SOLMANO] **APPELLIDO MATERNO** [REDACTED] **NOMBRES** [REDACTED]  
**FECHA EMISION LICENCIA** [01/03/16] **FECHA INICIO DE REPOSO** [01/03/16] **FECHA DE NACIMIENTO** [19/02/21] **EDAD** [45] **SEXO** [F]  
**Nº DE DIAS** [004] **Nº DE DIAS EN PALABRAS** [cuatro días]

### 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** [REDACTED] **APPELLIDO 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]

**DI** [REDACTED] **CALLE** [REDACTED] **Nº** [REDACTED] **DPTO** [REDACTED]

**VILLA O POBLACION** [REDACTED] **COMUNA** [REDACTED] **TELEFONO** [REDACTED] **CELEBRAR** [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)

**APPELLIDO PATERNO** [REDACTED] **APPELLIDO MATERNO** [REDACTED] **NOMBRES** [REDACTED] **ESPECIALIDAD**  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA

**REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** [REDACTED] **CORREO ELECTRONICO** [REDACTED]

**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** [REDACTED] **FIRMA DEL PROFESIONAL** [REDACTED]

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

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**  
**INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**  
**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

**MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN**  
**DIRECCION DE SALUD**  
**REDACTED**

TOTAL DIAS		DESD E				HASTA				
DIAS	ANOS	DIAS	MES	ANOS	DIAS	MES	ANOS	DIAS	MES	ANOS
03	01	13	01	2016	13	01	2016	13	01	2016

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

N° 1- 35576472

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° 311984

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: BONZALTE APELLIDO MATERNO: BONZALTE NOMBRES: JOSE  
 FECHA EMISION LICENCIA: 03032016 FECHA INICIO DE REPOSO: 02032016  
 N° DE DIAS: 30 N° DE DIAS EN PALABRAS: treinta

FECHA DE NACIMIENTO: 090662 EDAD: 42 SEXO: M

### 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 adaptación 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

1

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: 1-3 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

*[Firma del Trabajador]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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: Munoz APELLIDO MATERNO: Bonza NOMBRES: RUBEN  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: tra 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: rinco@fpa.org

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: San Pedro de Macoris, SR  
 CALLE: Carretera  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

N°: 516  
*[Firma del Profesional]*  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

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

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
*[Firma del Empleador]*

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA 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 recepción del documento.  
 1= SI  2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES













# Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 008344197-6

## CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.  
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS	B	C	D	E
	12	2015			1.876.049		
	01	2016			1.576.077		
	02	2016			1.576.582		

% DESAHUCIO

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 111.4 UF) para trabajador afiliado a AFC

### EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
	MES	AÑO	N° DÍAS	B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

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

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI  
 2 = NO

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

TOTAL DÍAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
03	19	10	2015	21	10	2015
02	27	10	2015	23	10	2015
15	16	11	2015	30	11	2015
30	01	02	2016	01	03	2016

MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
 CENTRO DE SALUD  
 DIRECCIÓN SALUD MUNICIPAL

*[Firma manuscrita]*

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE





# Licencia Médica

Nº 2 - 50383103

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

MUNOZ SAZ Luis  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 030316 030316  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO  
 005 CINCO  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS



250968 47 M  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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 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)  
 CALLE Nº PTO  
 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

*Luis M.*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

DAVEIRA FUENTES JONAS  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 12482-6  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 FRANCISCO VINCENSA  
 CALLE  
 COMUNA

M.G.  
 ESPECIALIDAD  
 JOSE.1955@gmail.com  
 CORREO ELECTRONICO  
 2002  
 Nº  
 201811393189  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN 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.  
 1= SI 2= NO  
 MUNICIPALIDAD DE QUILÓN DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	19 01 2016	20 01 2016

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



