



Quillón, 15 MAR 2016

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Claudio Pérez, Luisa Pérez, Álvaro San Martín, Jorge Guajardo y Alejandro Parra.
- 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
1-32097942	Claudio Perez Godoy	[REDACTED]	TENS CESFAM	03	08/03/2016	10/03/2016	FONASA
2-27329400	Luisa Pérez Cárdenas	[REDACTED]	Enfermera CESFAM	07	08/03/2016	14/03/2016	MAS VIDA
1-35050096	Álvaro San Martín Correa	[REDACTED]	Odontólogo CESFAM	02	08/03/2016	09/03/2016	MAS VIDA
1-35794954	Jorge Guajardo Zurita	[REDACTED]	Paramédico CESFAM	03	09/03/2016	11/03/2016	FONASA
2-50376202	Alejandro Parra Quintana	[REDACTED]	Enfermero CESFAM	01	10/03/2016	10/03/2016	MAS VIDA

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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLP/jsb.
14/03/2016

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° 1 - 32097942

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: Pérez, Apellido Materno: Godoy, Nombres: Claudio Orlando

Fecha Emisión Licencia: 10/03/16

Fecha Inicio de Reposo: 08/03/16

Edad: 33

Sexo: M

N° de días: 03

N° de días en palabras: Tres

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).

Fecha de nacimiento: 14/12/82

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 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: DIA, MES, AÑO

Hora, Minutos

Trayecto: 1 = SI, 2 = NO

Fecha de la concepción: 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 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO

Justificar si es otro (3)

Dirección: CALLE N° DEPTO: COMUNA

Teléfono (personal o de contacto)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Apellido Paterno: Besú, Apellido Materno: María, Nombres: Héctor

Firma del trabajador: *C. Godoy*

Especialidad: Médico General

Profesional: *P. Villar*

Correo electrónico: *Dr. Héctor Besú María Médico General*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Nombre, firma y timbre del empleador o trabajador independiente. Includes a circular stamp from the Municipality of Quillón.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
02	15	2015	01	12	2015
15	15	2015	15	12	2015
20	15	2015	18	10	2016

Los tres días hábiles siguientes de recepción de documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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 - 27329400

GOBIERNO DE CHILE

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PEREZ CARDENAS WISA MARIS

APELLIDO PATERNO: PEREZ
 APELLIDO MATERNO: CARDENAS
 NOMBRES: WISA MARIS
 FECHA EMISION LICENCIA: 08 03 16
 FECHA INICIO DE REPOSO: 08 03 16
 DIA: 08, MES: 03, AÑO: 16
 EDAD: 26
 SEXO: F
 N° DE DIAS: 07
 N° DE DIAS EN PALABRAS: SIETE



A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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 18.897)).

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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

REUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [Redacted]
 HORA: [Redacted], MINUTOS: [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: [Redacted]
 A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE
 LUGAR DE REPOSO: 1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [Redacted]
 DIRECCION: [Redacted]
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): [Redacted]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ES PINOZA BRUZZONE MAYE

APELLIDO PATERNO: [Redacted]
 APELLIDO MATERNO: [Redacted]
 NOMBRES: [Redacted]
 ESPECIALIDAD: Médico
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 87472296
 CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Redacted]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Redacted]
 SELLO MUNICIPAL: DIRECCION SALUD MUNICIPAL

ANO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL DIAS
2015																	02
2016																	01
2017																	00
2018																	00
2019																	00
2020																	00
2021																	00
2022																	00

ANTE EL SERVICIO DE SALUD (Isapre correspondiente) dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR EMPREENDEDOR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº1- 35050096

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

SAN MARTÍN CORREA ALVARO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

090316 **080316**
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

02 **Dos**
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

160974 **41** **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 18.667).

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRES RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 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= 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

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

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]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

BREVIS CARTES CARLA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

MEDICO - Cirujano **1**
ESPECIALIDAD 1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

348005
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

cl.brevis@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA
CALLE

159
Nº

[Firma del Profesional]
FIRMA DEL PROFESIONAL

QUILMA
COMUNA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE ANIMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		DESDE				HASTA				TOTAL DIAS
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO	DIAS	TOTAL DIAS
01	03	2015	05	05	2015	01	01	2016	01	01
01	03	2016	01	01	2016	01	01	2016	01	01
02	03	2016	02	03	2016	02	03	2016	02	02
04	03	2016	02	03	2016	02	03	2016	02	04
04	03	2016	02	03	2016	02	03	2016	02	04

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.

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



Licencia Médica

Nº 1- 35794954

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: GUADANA APELLIDO MATERNO: ZUNIGA NOMBRES: JOSE
 FECHA EMISION LICENCIA: 110316 FECHA INICIO DE REPOSO: 090316
 N° DE DIAS: 003 N° DE DIAS EN PALABRAS: tres

RUN: [REDACTED] M O F: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 200358 EDAD: 57 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).

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: _____
 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: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: 998864708
 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: QUISPE APELLIDO MATERNO: ALVAREZ NOMBRES: ROSA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 28108-6

ESPECIALIDAD: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: _____
 Nº: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
AÑO	MES	AÑO	MES	
2015	14	2015	10	02
2015	10	2015	30	01
2016	01	2016	28	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Licencia Médica

Nº 2 - 50376202

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: **PARRA** APELLIDO MATERNO: **QUIJANA** NOMBRES: **ALEJANDRO**
 FECHA EMISION LICENCIA: **110316** FECHA INICIO DE REPOSO: **100316**
 Nº DE DIAS: **01** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **uno**

FECHA DE NACIMIENTO: **010704** EDAD: **31** 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: _____ 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: _____
 TRAYECTO: 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____

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: _____
 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: **PIANOLA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALERIA**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PIÑAS**
 CALLE: **Quilicura**
 COMUNA: **Quilicura**

ESPECIALIDAD: **General** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

TOTAL DIAS	DESEDE	HASTA	DESEDE	HASTA	DESEDE	HASTA	DESEDE	HASTA
01	08	02	02	02	02	02	02	02
01	29	12	12	29	12	29	12	29
01	29	12	12	29	12	29	12	29

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)