



DECRETO ALCALDICIO N° 906 /

Quillón, 16 MAR 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Isabel Cartes, Alejandra Casanova y Daniela Jenó.
- 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
1-28167920	Isabel Cartes Andreu	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	14/03/2016	14/03/2016	FONASA
2-50376203	Alejandra Casanova Salazar	[REDACTED]	Asistente Social CESFAM	04	14/03/2016	17/03/2016	COLMENA
2-49881869	Daniela Jenó Montero	[REDACTED]	Enfermera CESFAM	05	14/03/2016	18/03/2016	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



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/ljsb.  
15.03.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# 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 - 28167920

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CARTES ANDREU ISABEL MARGA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES



140316

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

140316

DIA MES AÑO

35

EDAD

M ó F

F

SEXO

RUN

01

N° DE DIAS

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 = 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

- 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 : CALI

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO)

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CARRASCO CONCHA PAULINA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

med. general

ESPECIALIDAD

1

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

4228

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
01	10	30	10	2015	30
10	13	11	13	2015	11

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

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 del documento.

1 = SI 2 = NO

BAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
BAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
BAJADOR 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 - 50376203

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

**CASA NOVA SALAZAR MARIA ALE**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**140316** **140316**  
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO  
**04** **CUATRO**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

**050179** **37** **F**  
 RUN EDAD SEXO  
**050179** **37** **F**  
 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  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 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)

**PANADA PIZACERCI A VALERA**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 \_\_\_\_\_  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**PINOT**  
 CALLE  
**QUILCOTA**  
 COMUNA

**[Firma]**  
 FIRMA DEL TRABAJADOR

**[Firma]**  
 ESPECIALIDAD  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA

**[Firma]**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
**[Firma]**

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

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	ANOS	DIAS	ANOS	DIAS	ANOS
03	02	27	01	29	01
02	02	25	01	26	01

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



# Licencia Médica

Nº 2 - 49881869

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 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

APELLIDO PATERNO: **JENO MONTERO DANIELA**  
 APELLIDO MATERNO: **[REDACTED]**  
 NOMBRES: **[REDACTED]**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **140316**  
 FECHA INICIO DE REPOSO: **140316**  
 DIA: **14** MES: **03** AÑO: **16**  
 Nº DE DIAS: **05**  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

RUN: **[REDACTED]**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **030486**  
 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: **[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 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: **[REDACTED]** MES: **[REDACTED]** AÑO: **[REDACTED]**  
 TRAYECTO:  1= SI  2= NO  
 FECHA DE LA CONCEPCION: **[REDACTED]**  
 MES: **[REDACTED]** 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]**  
 DIRECCION DE REPOSO: **[REDACTED]**  
 Nº: **[REDACTED]** DPTO: **[REDACTED]**  
 VILLA O POBLACION: **[REDACTED]**  
 COMUNA: **[REDACTED]**  
 TELEFONO: **[REDACTED]** CELULAR: **[REDACTED]**  
 CORREO ELECTRONICO: **[REDACTED]**

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: **PANADA**  
 APELLIDO MATERNO: **PLACEUCIA**  
 NOMBRES: **MARLEN**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **[REDACTED]**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: **PRAT**  
 COMUNA: **QUILQUEN**

FIRMA DEL TRABAJADOR: **[Signature]**  
 ESPECIALIDAD: **General**  
 CORREO ELECTRONICO: **uopp\_206@hotmail.com**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: **[Signature]**  
 Nº: **0122**  
 RUT: **[REDACTED]**  
 MÉDICO CIRUJANO

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

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

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES
01	05	11	05	25	11
					2015

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)