



**I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN**

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 39191**

Quillón, 24 NOV 2016

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Katherinne Parada, Monica Osorio, Andrea Palavecino, Javiera Araya, Laura Villagran e Irene Morales.
- 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. Acéptese licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-32098184	Katherinne Parada Vidal	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	18/11/2016	18/11/2016	FONASA
2-51951101	Monica Osorio Beltran	[REDACTED]	Matrona CESFAM	15	18/11/2016	02/12/2016	FONASA
1-36394951	Andrea Palavecino Miranda	[REDACTED]	Matrona CESFAM	01	21/11/2016	21/11/2016	MAS VIDA
1-36179549	Javiera Araya Sepulveda	[REDACTED]	TENS CESFAM	03	21/11/2016	23/11/2016	FONASA
2-51500980	Laura Villagrán Merino	[REDACTED]	Secretaria CESFAM	07	21/11/2016	27/11/2016	MAS VIDA
3-799750-7	Irene Morales Garrido	[REDACTED]	Nutricionista CECOSF	30	23/11/2016	22/12/2016	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. Tramitese 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.  
22/11/2016.

**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 - 32098184

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**DANADA** | **VIGAC** | **KATHERINE**

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES



RUN

M ó F

F

SEXO

**18 01 16**

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

**10 11 16**

DIA | MES | AÑO

**26**

EDAD

**01**

N° DE DIAS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

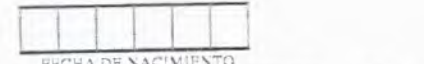
N° DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y Juicio de adopción plena Ley 18.867.)

[Grid for Name and Surname]

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO

[Grid for Birth Date]

RUN

### A.3. TIPO DE LICENCIA

**1**

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
- 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

[Grid for Date]

DIA | MES | AÑO

TRAYECTO  1 = SI 2 = NO

HORA | MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION

[Grid for Date]

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° - DPTO. - COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

*[Handwritten Signature]*

FINANCIA TRABAJADOR

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**LINCOVIC NAMCO PAIDELA**

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES



RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

ESPECIALIDAD

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

*[Handwritten Signature]*

.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.

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

*[Handwritten Signature]*

**C. MUNICIPALIDAD DE QUILÓN**  
 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	
DESDE	HASTA
01	01
23	23
09	09
23	23
09	09
23	23
09	09
23	23
09	09
23	23

1 = SI  
 2 = NO

VALIDAR LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

# Nº 2 - 51951101

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 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 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

APELLIDO PATERNO: OSORIO APELLIDO MATERNO: DE LUJAN NOMBRES: CAROLINA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 21/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 18/11/16  
 Nº DE DIAS: 015 Nº DE DIAS EN PALABRAS: QUINCE

RUN: [REDACTED] M/F: F  
 FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/78 EDAD: 38 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 (1 = SI, 2 = NO) INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] DIA MES AÑO

HORA MINUTOS: [REDACTED] TRAYECTO: 1 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] 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): Ambulatoria

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]  
 CALLE: [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: NAVARRETTA APELLIDO MATERNO: B. DIAZ NOMBRES: [REDACTED]  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 15048-7

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: UTB... Nº: 052 406  
 COMUNA: Casta

ESPECIALIDAD: Psicología Nº: 1 (1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED] FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

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

NOMBRE PATERNO Y APELLIDO MATERNO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [REDACTED]  
 DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES
2016	03	2016	03	15	15
2016	04	2016	04	01	01
2016	05	2016	05	01	01
2016	06	2016	06	01	01
2016	07	2016	07	01	01
2016	08	2016	08	01	01
2016	09	2016	09	01	01
2016	10	2016	10	01	01
2016	11	2016	11	01	01
2016	12	2016	12	01	01

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

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

N° 1 - 36394951

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

**PALAVECINO MIRANDA ANDREA**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

**211116**

FECHA INICIO DE REPOSO

**211116**

DIA MES AÑO

FECHA EMISION LICENCIA

**001**

N° DE DIAS

**UNO**

N° DE DIAS EN PALABRAS

**101070**

FECHA DE NACIMIENTO

**46**

EDAD

**F**

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 18.867).

[Empty fields for child identification]

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

[Empty fields for date of birth]

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

**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

[Empty fields for date]

DIA MES AÑO

[Empty fields for time]

HORA MINUTOS

TRAYECTO

1= SI  
2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

[Empty fields for date]

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

CALLE

N°

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

*[Handwritten signature]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**DECAP SANTORO CRISTHOF**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

**MEDICO CIRUJANO**

ESPECIALIDAD

**1**

1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

[Redacted]

RUN

[Empty fields]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**cdecapsantoro@gmail.com**

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

**POSTALAN**

CALLE

**2598**

N°

**HUAL**

COMUNA

**4112419086**

*[Handwritten signature]*  
FIRMA DEL PROFESIONAL

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

*[Handwritten signature]*  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
MUNICIPALIDAD DE POSTALAN

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.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA

SESEMESES ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES





# Licencia Médica

## Nº 1 - 36179549

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

APELLIDO PATERNO: ARAYA APELLIDO MATERNO: SEVULVEDA NOMBRES: JAVIERA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 21/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 21/11/16  
 Nº DE DIAS: 03 Nº DE DIAS EN PALABRAS: TRES

FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/94 EDAD: 22 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 18.857).

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO 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= 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

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: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VAGUE NOMBRES: JORGE  
 RUN: \_\_\_\_\_ REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: QUILLON

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jorge L. Escalante Vague  
 ESPECIALIDAD: 1 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
 MEDICO - CIRUJANO

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

NOMENCLATURA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2016 09 21	2016 09 21	03
2016 09 21	2016 09 21	03
2016 09 21	2016 09 21	03
2016 09 21	2016 09 21	03
2016 09 21	2016 09 21	03

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.

04. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº 2 - 51500980

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

APELLIDO PATERNO: VILLASBARRAN APELLIDO MATERNO: RODRIGO NOMBRES: LAURA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 21/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 21/11/16  
 Nº DE DIAS: 02 Nº DE DIAS EN PALABRAS: dos

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 24/03/56 EDAD: 60 SEXO: F

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalis.

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: \_\_\_\_\_  
 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


[Firma]  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: VELL APELLIDO MATERNO: QUINONES NOMBRES: SARABIAN ESPECIALIDAD: MD (Gen)  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: svu@uol.cl

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: M. BURNOS  
 CALLE: \_\_\_\_\_ Nº: 373  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE Y TITULO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  


DESCRIPCION	ANNO	DIA	MES	ANNO	DIA	MES	ANNO	TOTAL DIAS
	2016	07	07	2016	22	07	2016	01
	2016	09	09	2016	22	09	2016	02
	2016	11	11	2016	18	11	2016	03

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES





### 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.  
 \*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA

N° 3 FOLIO: 799750-7

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MORALES GARRIDO IRENE PILAR  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN 51 F SEXO

2 - CELULAR 977047320  
 CANAL EMAIL DATO

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO N DE DIAS N DE DIAS EN PALABRAS

21 11 16 23 11 16 30 TREINTA  
Día Mes Año Día Mes Año

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.  
 Deberá acreditar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

#### 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 18.867).

APELLIDO PATERNO APELLIDO 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 Hijo Menor de 1 año  
 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto  
 6=Enfermedad Profesional  
 7=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 1=Si 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2 1=Si 2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO TRAYECTO 1=Si 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL A=Manana  
 2=Reposo Laboral Parcial B=Tarde  
 C=Noche

LUGAR DE REPOSO 1 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

CHAVEZ VIVEROS RICHARD  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

OTORRINOLARINGOLOGÍA 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona RICHARDALEJO@GMAIL.COM  
 ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

FRANCISCO RAMÍREZ N° 10, CHILLÁN # CHILLÁN CHILE DIRECCION 0 TELEFONO FAX

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



**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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984



**SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR  
C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

Municipalidad Quillo, Dpto. Salud el 17 de 200 @ 92-2204149  
 NOMBRE RUN TELEFONO FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR CODIGO COMUNAL USO COMPIN  
 Fca. Uzcayeta N° 159 Quillo Quillo 22-03-2016  
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR COMUNA CIUDAD

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR OCUPACION  
 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca  
 1=Minas, Petroleos y Canteras  
 2=Industrias Manufactureras  
 3=Construccion  
 4=Electricidad, Gas y Agua  
 5=Comercio  
 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones  
 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros  
 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales  
 9=Actividad No Especificada  
 11=Ejecutivo o Directivo  
 12=Profesor  
 13=Otro Profesional  
 14=Tecnico  
 15=Vendedor  
 16=Administrativo  
 17=Operario, Trabajador Manual  
 18=Trabajador de Casa Particular  
 19=Otro (Especificar)  
 Nutricionista

**C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**

REGIMEN PREVISIONAL CALIDAD TRABAJADOR SEGURO DESEMPLEO  
 1=D.L. 3501 INP  
 2=D.L. 3500 A.F.P.  1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834  
 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834  
 3=Trabajador dependiente sector privado  
 4=Trabajador independiente  
 Trabajador afiliado a AFC  1=Si  
 2=No  
 Contrato de duracion indefinida  1=Si  
 2=No  
 Nombre Int. Prev. HABINAT  
 FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL FECHA CONTRATO DE TRABAJO  
 Dia Mes Año 36-03-1992 36-03-1992  
 ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:  
 SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6  
 A=Servicio de Salud  E=Servicio de Salud  
 B=Isapre  F=Mutual  
 C=C.C.A.F.  G=INP  
 D=Empleador  H=Empleador  
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CADA LOS ANDES





### 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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984



### 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)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
	A			B	C	D	E	
	09	2016			1.947.336			33,27
	09	2016			1.948.465			
	10	2016			1.951.230			

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

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

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
03	25	07	2016	27	07	2016
35	24	10	2016	07	11	2016
15	09	11	2016	22	11	2016

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

**MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS**  
CENTRO DE SALUD  
DIRECCION SALUD MUNICIPAL

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

COMPIN-----FONASA-----  
Salud responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000  
Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl