



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 4.003/

Quillón, 29 NOV 2016

VISTOS:

- La Licencia médica N° 3-12977800-8 por 84 días, desde el 20 de Noviembre del 2016 y hasta el 11 de Febrero 2017 de la Sra. Gabriela Bustamante Ulloa, Psicólogo del CESFAM de Quillón.
- 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° 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.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- 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.
- 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 se 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 y sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

1. **NOMBRASE EN CALIDAD DE REEMPLAZO A LA SRTA. TANIA ESCOBAR PEREZ**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] de profesión Psicóloga, por 77 días a contar del 27 de Noviembre del 2016 y hasta el 11 de Febrero del 2017, para desempeñarse como tal en los Establecimientos de Salud de la Comuna, en jornada de Lunes a Jueves de 08:00 hrs. a 17:00 hrs. y Viernes de 08:00 hrs. a 16:00 hrs.
2. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a Categoría B Nivel 15 con 44 horas semanales. Establecida en la Escala del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. Impútese el gasto que origine la ejecución del presente Decreto a la cuenta N° 215.21.03 del Presupuesto vigente del año 2016 del Departamento de Salud Municipal.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



ALBERTO GYHRA SOTO
ALCALDE

VPM/YLF/jsb.

29.11.2016

DISTRIBUCIÓN:

- Contraloría General de la República. (2)
- Carpeta Personal Srta. Tania Escobar P. (2)
- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.



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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 012977800-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

BUSTAMANTE **ULLOA** **GABRIELA FER** XXXXXXXXXX
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
21112016 **20112016** **33** **F**
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
84 **OCHENTA Y CUATRO**
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS
Documento firmado electrónicamente
 FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

FICA **BUSTAMANTE** **MARIA IGNACI** **25569376** **K**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
20112016
 FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO
 DIA MES AÑO

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
 HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCIÓN
 MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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 XXXXXXXXXX
 V. XXXXXXXXXX

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MEDINA **FUENTEALBA** **MARIELA ANDR** XXXXXXXXXX
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL **41-266600/** CORREO ELECTRÓNICO **Dirección Jorge Alessandri 2047, Hualpén** ESPECIALIDAD 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
 TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN *Documento firmado electrónicamente*
 FIRMA PROFESIONAL

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.



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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 012977800-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I MUNICIPALIDAD												QUILICU												DATA SALUD											
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																																			
6:972800						9 42-2207149						25112014																							
RUN						TELEFONO						FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)																							
FRANCISCO CUZUETA ISA																																			
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																																			
QUILICU																																			
COMUNA						CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																													

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<p>0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.</p> <p>1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.</p> <p>2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.</p> <p>3 = CONSTRUCCION.</p> <p>4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.</p> <p>5 = COMERCIO.</p> <p>6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.</p> <p>7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.</p> <p>8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.</p> <p>9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---------------------------------------

OCUPACION

<p>11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.</p> <p>12 = PROFESOR.</p> <p>13 = OTRO PROFESIONAL.</p> <p>14 = TECNICO.</p> <p>15 = VENDEDOR.</p> <p>16 = ADMINISTRATIVO.</p> <p>17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.</p> <p>18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.</p> <p>19 = OTRO (ESPECIFICAR).</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 13 Psicóloga
---	---

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

<p>1 = D.L. 3501 INP.</p> <p>2 = D.L. 3500 A.F.P.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 2
<p>CÓDIGO</p> <p>LETRA (CAJA PREV)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> A
<p>NOMBRE INT. PREV.</p>	

CALIDAD DEL TRABAJADOR

<p>1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.</p> <p>2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.</p> <p>3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.</p> <p>4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 3
--	---------------------------------------

SEGURO DE DESEMPLEO

<p>Trabajador afiliado a AFC</p> <p>Contrato de duración indefinida</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 = SI</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = NO</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = SI</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = NO</p>
---	---

<p>CÓDIGO</p> <p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<p>CÓDIGO</p> <p>FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 3
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7</h5> <p> <input checked="" type="checkbox"/> A = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> B = ISAPRE <input type="checkbox"/> C = C.C.A.E. <input type="checkbox"/> D = EMPLEADOR </p>	<h5>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6</h5> <p> <input checked="" type="checkbox"/> E = SERVICIO DE SALUD <input type="checkbox"/> F = MUTUAL <input type="checkbox"/> G = INP <input type="checkbox"/> H = EMPLEADOR </p>
<p>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</p>	



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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 012977800-8

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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
						D	E
	A			B	C		
	07	2016			1.820.683		
	08	2016			1.113.503		
	09	2016			1.998.463		

% DESAHUCIO

1	1	2	4
---	---	---	---

Remuneración imponible provisional 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	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 74.3 UF)	MONTO	N° DÍAS
						D	E
	A			B	C		
	12	2015			1.636.049		
	01	2016			1.621.159		
	07	2016			1.613.503		

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 DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	18	06	2016	17	07	2016
30	18	07	2016	16	08	2016
30	17	08	2016	15	09	2016
30	16	09	2016	15	10	2016
42	16	10	2016	26	11	2016

MUNICIPALIDAD DE QUILIN
CENTRO DE SALUD
DIRECCION SALUD MUNICIPAL

[Firma]

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE