



VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Katherinne Parada, Alejandro Parra, Valeria Parada y Monica Osorio.
- 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 al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-32098182	Katherinne Parada Vidal		Administrativo CECOSF	01	23/09/2016	23/09/2016	FONASA
2-51285076	Alejandro Parra Quintana		Enfermero CESFAM	03	28/09/2016	30/09/2016	MAS VIDA
2-51285080	Valeria Parada Placencia		Médico CESFAM	02	29/09/2016	30/09/2016	MAS VIDA
1-35800199	Monica Osorio Beltrán		Matrona CESFAM	02	29/09/2016	30/09/2016	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. Tramítese y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

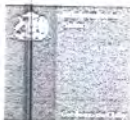


VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
30/09/2016

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 - 32098182

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

P**A****R****A****N****A** **V****I****N****A****L** **K****A****T****H****E****R****I****N****E**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES



230916
 FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

230916
 DIA MES AÑO

26
 EDAD

M ó F
F
 SEXO

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)

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 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

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPTON

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° DEPTO. COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

L**I****N****C****O****V****I****L** **N****A****N****C****O** **P****A****N****E****L****A**
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ESPECIALIDAD

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

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

DEBE PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA A SU EMPLEADOR DENTRO DE LOS TRES DIAS HABILES CONTADOS DE LA FECHA DE INICIO DEL REPOSO.
 DEBE PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA A SU EMPLEADOR DENTRO DE LOS DOS DIAS HABILES CONTADOS DE LA FECHA DE INICIO DEL REPOSO.
 DEBE PRESENTAR LA LICENCIA MEDICA A SU EMPLEADOR DENTRO DE LOS DOS DIAS HABILES CONTADOS DE LA FECHA DE INICIO DEL REPOSO.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE...
 DIRECCION SALUD...

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	DIAS	ANO	DIAS	ANO	DIAS
2016	01	2016	09	2016	22

Art. 15 - 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

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



Licencia Médica

Nº 2 - 51285076

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: P A R R A
 APELLIDO MATERNO: B U I N T A N A
 NOMBRES: A L E J A N D R O
 FECHA EMISION LICENCIA: 2 8 0 9 1 6
 FECHA INICIO DE REPOSO: 2 8 0 9 1 6
 DIA: 28 MES: 09 AÑO: 16
 Nº DE DIAS: 03
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: T R E S

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 0 1 0 7 8 4
 EDAD: 32
 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 de, 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]

HORA: [REDACTED] MINUTOS: [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]

CALLE: [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: P E R E Z
 APELLIDO MATERNO: G U A R T A M B E L
 NOMBRES: M I L T O N
 ESPECIALIDAD: General

RUN: [REDACTED]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:
 CALLE: A N T U J O P L A T
 COMUNA: S A N Z I L O L A S

Nº PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
2016	05	04	2016	05	04
2016	05	05	2016	05	05
2016	05	06	2016	05	06
2016	05	07	2016	05	07
2016	05	08	2016	05	08
2016	05	09	2016	05	09
2016	05	10	2016	05	10
2016	05	11	2016	05	11
2016	05	12	2016	05	12
2016	05	13	2016	05	13
2016	05	14	2016	05	14
2016	05	15	2016	05	15
2016	05	16	2016	05	16
2016	05	17	2016	05	17
2016	05	18	2016	05	18
2016	05	19	2016	05	19
2016	05	20	2016	05	20
2016	05	21	2016	05	21
2016	05	22	2016	05	22
2016	05	23	2016	05	23
2016	05	24	2016	05	24
2016	05	25	2016	05	25
2016	05	26	2016	05	26
2016	05	27	2016	05	27
2016	05	28	2016	05	28
2016	05	29	2016	05	29
2016	05	30	2016	05	30
2016	05	31	2016	05	31
2016	05	31	2016	05	31

Licencia Médica

Nº 2 - 51285080

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

P A R A D A P L A C E N C I A V A L E R I A

APELLIDO PATERNO: [Redacted] APELLIDO MATERNO: [Redacted] NOMBRES: [Redacted]

FECHA EMISION LICENCIA: 30 09 16 FECHA INICIO DE REPOSO: 29 09 16

N° DE DIAS: 02 N° DE DIAS EN PALABRAS: DOS

FECHA DE NACIMIENTO: 10 06 82 EDAD: 34 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 MES AÑO

TRAYECTO: 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= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): [Redacted]

DIRECCION DE REPOSO: [Redacted]

CALLE: [Redacted] Nº: [Redacted] DPTO: [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)

P E N E Z G U A R T A T B E L N I L T O N

APELLIDO PATERNO: [Redacted] APELLIDO MATERNO: [Redacted] NOMBRES: [Redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [Redacted]

ESPECIALIDAD: Medicina General 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ARTURO PRAT

CALLE: SAN NICOLAS

COMUNA: [Redacted]

CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

Nº: [Redacted]

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Redacted]

TELEFONO: 361414

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

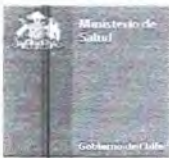
Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
05	20	24
02	04	05
01	12	12
01	08	08
01	31	31
01	09	09
01	16	16

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE





Licencia Médica

N°1- 35800199

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

OSOBIO BELTRAN MONICA CAROLINA. [REDACTED]

APPELLIDO PATERNO: OSOBIO APELLIDO MATERNO: BELTRAN NOMBRES: MONICA CAROLINA. RUN: [REDACTED]

FECHA EMISION LICENCIA: 300916 FECHA INICIO DE REPOSO: 290916 FECHA DE NACIMIENTO: 020340 EDAD: 30 SEXO: F

N° DE DIAS: 02 N° DE DIAS EN PALABRAS: DOS

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: _____ 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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
- 3= 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: [REDACTED]

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: _____

CALLE: [REDACTED]

N°: _____ DPTO: _____

MUNICIPIO: [REDACTED]

TELEFONO: [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

[Signature] FIRMA DEL TRABAJADOR

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

BREVIS CARTES CARLA ESPECIALIDAD: medico - cirujano 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

APPELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 343005 CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FLANGISCO UNZUETA N°: 159 FIRMA DEL [REDACTED]

CALLE: _____ COMUNA: QUILL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Signature]

TOTAL DIAS	DESE	HASTA
03	01	03
04	08	08
05	08	08
06	08	08
07	08	08
08	08	08
09	08	08
10	08	08
11	08	08
12	08	08
13	08	08
14	08	08
15	08	08
16	08	08
17	08	08
18	08	08
19	08	08
20	08	08
21	08	08
22	08	08
23	08	08
24	08	08
25	08	08
26	08	08
27	08	08
28	08	08
29	08	08
30	08	08

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.

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