



Quillón, 18 OCT 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Maria Urriola, Sandra Valderrama, Alejandra Luna, Maria Vega y Gabriela Bustamante.
- 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:**

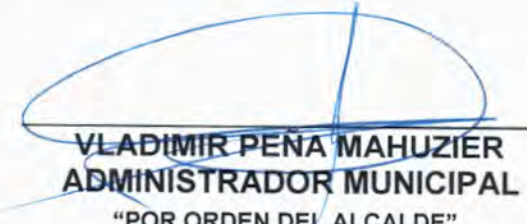
1. Acéptese licencia médica al o los funcionario (s) que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35799419	Maria Urriola Duran	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	01	11/10/2016	11/10/2016	FONASA
2-51493330	Sandra Valderrama Valdebenito	[REDACTED]	TENS CEFSAM	20	12/10/2016	31/10/2016	FONASA
2-49004434	Alejandra luna Palavecino	[REDACTED]	Nutricionista CESFAM	01	13/10/2016	13/10/2016	CRUZ BLANCA
1-36217976	Maria Vega Valenzuela	[REDACTED]	Auxiliar CESFAM	30	14/10/2016	12/11/2016	FONASA
2-51289835	Gabriela Bustamante Ulloa	[REDACTED]	Psicóloga CESFAM	42	16/10/2016	26/11/2016	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. 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.  
17.10.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

## Nº 1 - 35799419

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

URRIOLA DURAN MARIA LUISA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

121016 111016  
FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO

110587 29 F  
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

01 UN DIA  
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

#### 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

#### 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 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2= 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 [Redacted]

CALLE Nº [Redacted] PTO

[Redacted] COMUNA

TELEFONO CELULAR

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)

SAN MARTIN CORREA ALVARO Cirujano Dentista  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD

[Redacted] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION FRANCISCO UNZUETA

CALLE Nº 159

QUILCOMUNA

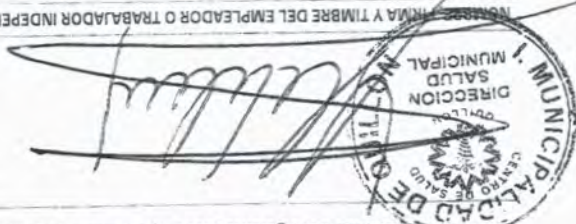
1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

alvarosme@gmail.com CORREO ELECTRONICO

[Redacted] FIRMA DEL PROFESIONAL

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

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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
05	09 06 2016	13 06 2016
01	17 05 2016	17 05 2016

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

# Licencia Médica

Nº 2 - 51493330

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. 15 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** VALDEARRAGA **APELLIDO MATERNO** VALDEBEMITO **NOMBRES** SANDRA  
**FECHA EMISION LICENCIA** 12/10/16 **FECHA INICIO DE REPOSO** 12/10/16 **RUN** [REDACTED]  
**FECHA DE NACIMIENTO** 23/10/68 **EDAD** 47 **SEXO** F  
**Nº DE DIAS** 20 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** VEINTE

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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 18.657).

**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] **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**  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]  
**VILLA O POBLACION** [REDACTED] **COMUNA** [REDACTED]  
**TELEFONO** [REDACTED] **CELULAR** [REDACTED] **CORREO ELECTRONICO** [REDACTED]

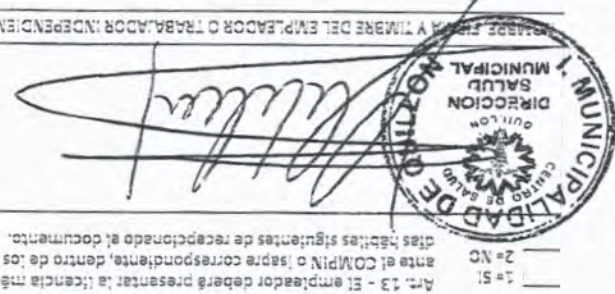
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

*[Firma del Trabajador]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**APELLIDO PATERNO** SILVA **APELLIDO MATERNO** FUENTES **NOMBRES** FRANCISCO **ESPECIALIDAD** Cirujía  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
**RUN** [REDACTED] **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 16764-9 **CORREO ELECTRONICO** [REDACTED]  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** **CALLE** V. DEPART **COMUNA** CHILLAN **Nº** 75 **FIRMA DEL PROFESIONAL** *[Firma]*  
**FECHA DE EMISION** [REDACTED] **FECHA DE VIGENCIA** [REDACTED]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN 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.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	05 09 2016	05 09 2016
01	18 09 2016	19 09 2016

04 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº2- 49004434

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. 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 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: Polaco APELLIDO MATERNO: Aljara de los NOMBRES: [Redacted] RUN: [Redacted]  
 FECHA EMISION LICENCIA: 13/10/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 13/10/16 DIA MES AÑO  
 FECHA DE NACIMIENTO: 15/01/82 EDAD: 34 SEXO: F  
 Nº DE DIAS: 01 UNO Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalis. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y Jurico de adopción plena (Ley 18 867).

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= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION

CALIDAD

Nº

VIL

COM

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

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

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

TELEFONO

CELULAR

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

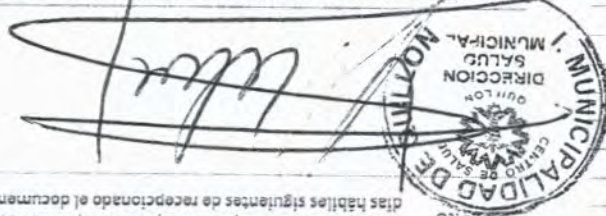
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

Nombre: [Redacted] 1. Nombre de FO: [Redacted] 4000  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= OTRO

**ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HASTA
01	12	05	2016	12	05	2016	
01	14	09	2016	20	09	2016	
01	21	09	2016	27	09	2016	

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivos de trabajo.

# Licencia Médica

Nº1- 36217976

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 DS 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:** Vega **Apellido Materno:** Valenzuela **Nombres:** Maria  
**Fecha Emisión Licencia:** 14-10-16 **Fecha Inicio de Reposo:** 14-10-16 **Fecha de Nacimiento:** 15-01-78 **Edad:** 38 **Sexo:** F  
**Nº de Días:** 30 **Nº de Días en Palabras:** Treinta

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal.  
 (Arts 199 y 200 del C. Del Trabajo y Juicio de adopción plena (Ley 18.857).)

### 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 Trámite 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 Concepción:** MES, AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

**1= REPOSO LABORAL TOTAL**  
**2= REPOSO LABORAL PARCIAL**  
**Lugar de Reposo:** 1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO  
**Justificar si es otro (3):**  
**Dirección de Reposo:**

**CA:** [Redacted]  
**Nº:** [Redacted] **DPTO:** [Redacted]  
**Villa o Población:** [Redacted]  
**Comuna:** [Redacted]  
**Telefono:** [Redacted] **CELULAR:** [Redacted]  
**Correo Electrónico:**

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

*Maria Vega*  
 FIRMA DEL TRABAJADOR

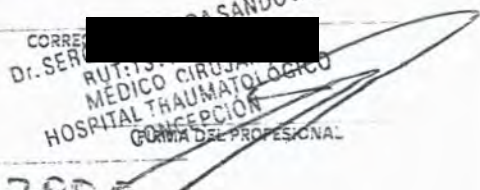
### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

**Apellido Paterno:** Becerra **Apellido Materno:** Sandoval **Nombres:** Sergio  
**Registro Colegio Profesional:** [Redacted]  
**Especialidad:** THT  
**Corrección:** [Redacted] **Nº:** 1580  
**Dirección y Comuna del Lugar de Emisión:** San Martín, Comuna de...  
**Comuna:** [Redacted]

**NO ABRE USO EXCLUSIVO CONTRA TORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES**

HASTA	MES	AÑO	DESDE	MES	AÑO	DIA	TOTAL DIAS
2016	10	14	2016	10	14	30	30
2016	09	12	2016	09	12	12	12
2016	08	14	2016	08	14	15	15
2016	07	15	2016	07	15	25	25
2016	06	25	2016	06	25	25	25

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica...  
 INFORMACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE





# Licencia Médica

## Nº 2 - 51289835

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 DS 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

**BUSTAMANTE VILLOA GARRAIZA.**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**121016** **161016**  
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

**270583** **33** **F**  
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

**42** **CUARENTA Y DOS**  
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

#### 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

**3**

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 **0216**  
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)  
DIRECCION DE REPOSO

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)

**MUNOZ MUNOZ JORGE FELIPE**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**18925-1**  
REGISTRO CÓLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

**AV. VICENTE VANDER**  
CALLE

**CHILLAN**  
COMU

**Jorge Felipe Muñoz**  
ESPECIALIDAD  1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

**Dr. Jorge Felipe Muñoz**  
FIRMA PROFESIONAL

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

**MUNICIPALIDAD DE CHILLAN**  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
[Firma y Sello]

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
30	16	15
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02
30	05	03
30	06	04
30	07	05
30	08	06
30	09	07
30	10	08
30	11	09
30	12	10
30	13	11
30	14	12
30	15	13
30	16	14
30	17	15
30	18	16
30	19	17
30	20	18
30	21	19
30	22	20
30	23	21
30	24	22
30	25	23
30	26	24
30	27	25
30	28	26
30	29	27
30	30	28
30	31	29
30	01	30
30	02	31
30	03	01
30	04	02