



DECRETO ALCALDICIO N° 3082 /

Quillón, 06 SEP 2016

VISTOS:

- La Licencia Médica de Claudia Coloma, Raúl Fuentealba, Alejandro Parra Q., Álvaro San Martín, Valeria Parada y Pamela Lincovil.
- 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
1-35800185	Claudia Coloma Parra	[REDACTED]	Paramédico CESFAM	01	30/08/2016	30/08/2016	FONASA
2-50668703	Raúl Fuentealba Cruz	[REDACTED]	Médico CESFAM	01	30/08/2016	30/08/2016	MAS VIDA
1-36107477	Alejandro Parra Quintana	[REDACTED]	Enfermero CESFAM	01	31/08/2016	31/08/2016	MAS VIDA
2-50874005	Álvaro San Martín Correa	[REDACTED]	Odontólogo CESFAM	03	31/08/2016	02/09/2016	MAS VIDA
1-36107478	Valeria Parada Placencia	[REDACTED]	Médico CECOSF	01	31/08/2016	31/08/2016	MAS VIDA
2-36074819	Pamela Lincovil Nanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	02	01/09/2016	02/09/2016	CONSALUD

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele 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.
06.09.2016

DISTRIBUCIÓN:

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



Licencia Médica

N° 1-35800185

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° 93/1984.

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

COLOMA PARBA CLAUDIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 300816 300816
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO
 01 UNO
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

RUN
 180972 43 F
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD 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).

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
 HORA MINUTOS

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
 N° TO
 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

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

BREVIS CARTES CARLA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 34300-5
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
 MEDICO-UNIDAD ESPECIALIDAD
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 C/brevis@gmail.com CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]

MUNICIPALIDAD DE FRA...
 DIRECCION SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
DIA	MES	AÑO
01	04	2016
10	05	2016
05	05	2016
03	06	2016
15	06	2016
06	07	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.

1= SI 2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TRABAJADOR	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO



Licencia Médica

Nº 2 - 50668703

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

APELLIDO PATERNO: FUERTES APELLIDO MATERNO: CRUZ NOMBRES: RAUL ALBERT
 FECHA EMISION LICENCIA: 30 08 16 FECHA INICIO DE REPOSO: 30 08 16
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: uno

ROL: 011286 EDAD: 29 SEXO: M
 FECHA DE NACIMIENTO: 01 12 86

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

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: _____
 CALLE: _____
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O PO: _____
 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)

APELLIDO PATERNO: PLACENCIA APELLIDO MATERNO: PAR NOMBRES: SEBASTIAN
 ESPECIALIDAD: Neurocirujía
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 CORREO ELECTRONICO: Sebastian.Placencia@compin.cl
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Talcahuano
 CALLE: Cerro Colorado
 COMUNA: _____
 Nº: 1053
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	01 03 2016	01 03 2016
01	01 04 2016	01 04 2016
01	01 05 2016	01 05 2016
01	01 06 2016	01 06 2016
01	01 07 2016	01 07 2016
01	01 08 2016	01 08 2016

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Licencia Médica

Nº1- 36107477

La COMPIN, la Subcomisión de 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

APELLIDO PATERNO: PARRA **APELLIDO MATERNO:** QUINTANA **NOMBRES:** ALEJANDRO
FECHA EMISION LICENCIA: 01/09/16 **FECHA INICIO DE REPOSO:** 31/05/16 **RUN:** 01028432 **M/F:** M
Nº DE DIAS: 01 **Nº DE DIAS EN PALABRAS:** UNO **FECHA DE NACIMIENTO:** 01/02/84 **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 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

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: _____
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: _____
Nº: _____ **DPTO:** _____
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)

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE **APELLIDO MATERNO:** VECU **NOMBRES:** JORGE
ESPECIALIDAD: M5 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:** _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____ **COMUNA:** _____

CALLE: FRANCISCO VENEZUELA
COMUNA: COUILLO

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma manuscrita]



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.

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
10/05/2016	01/05/2016	10
20/05/2016	10/05/2016	10
29/05/2016	20/05/2016	09
02/06/2016	29/05/2016	04
03/06/2016	02/06/2016	01
04/06/2016	03/06/2016	01
05/06/2016	04/06/2016	01
06/06/2016	05/06/2016	01
07/06/2016	06/06/2016	01
08/06/2016	07/06/2016	01
09/06/2016	08/06/2016	01
10/06/2016	09/06/2016	01
11/06/2016	10/06/2016	01
12/06/2016	11/06/2016	01
13/06/2016	12/06/2016	01
14/06/2016	13/06/2016	01
15/06/2016	14/06/2016	01
16/06/2016	15/06/2016	01
17/06/2016	16/06/2016	01
18/06/2016	17/06/2016	01
19/06/2016	18/06/2016	01
20/06/2016	19/06/2016	01
21/06/2016	20/06/2016	01
22/06/2016	21/06/2016	01
23/06/2016	22/06/2016	01
24/06/2016	23/06/2016	01
25/06/2016	24/06/2016	01
26/06/2016	25/06/2016	01
27/06/2016	26/06/2016	01
28/06/2016	27/06/2016	01
29/06/2016	28/06/2016	01
30/06/2016	29/06/2016	01
01/07/2016	30/06/2016	01
02/07/2016	01/07/2016	01
03/07/2016	02/07/2016	01
04/07/2016	03/07/2016	01
05/07/2016	04/07/2016	01
06/07/2016	05/07/2016	01
07/07/2016	06/07/2016	01
08/07/2016	07/07/2016	01
09/07/2016	08/07/2016	01
10/07/2016	09/07/2016	01
11/07/2016	10/07/2016	01
12/07/2016	11/07/2016	01
13/07/2016	12/07/2016	01
14/07/2016	13/07/2016	01
15/07/2016	14/07/2016	01
16/07/2016	15/07/2016	01
17/07/2016	16/07/2016	01
18/07/2016	17/07/2016	01
19/07/2016	18/07/2016	01
20/07/2016	19/07/2016	01
21/07/2016	20/07/2016	01
22/07/2016	21/07/2016	01
23/07/2016	22/07/2016	01
24/07/2016	23/07/2016	01
25/07/2016	24/07/2016	01
26/07/2016	25/07/2016	01
27/07/2016	26/07/2016	01
28/07/2016	27/07/2016	01
29/07/2016	28/07/2016	01
30/07/2016	29/07/2016	01
31/07/2016	30/07/2016	01

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (Información obligatoria del empleador o trabajador independiente)



Licencia Médica

Nº 2 - 50874005

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. Nº31/1984.

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 SAN MARTIN **APELLIDO MATERNO** CORREA **NOMBRES** ALVARO
FECHA EMISION LICENCIA 31 08 16 **FECHA INICIO DE REPOSO** 31 08 16
Nº DE DIAS 003 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** TRES

FECHA DE NACIMIENTO 16 09 74 **EDAD** 41 **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 del C. Del Trabajo) y Juicio de adopción plena (Ley 18.667).

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 **TRAYECTO** 1= SI 2= NO
FECHA DE LA CONCEPCION

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)
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

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

APELLIDO PATERNO CARRASCO **APELLIDO MATERNO** CONCHA **NOMBRES** PAULINA **ESPECIALIDAD** MED. GRAL
RUN **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** 32717-1 **ESPECIALIDAD** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION AV COIHUECO **Nº** 281 **CORREO ELECTRONICO** Dra. Paulina Carrasco Concha Medico Carrasco

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES
2016	08	2016	09	2016	08
2016	08	2016	09	2016	08
2016	08	2016	09	2016	08
2016	08	2016	09	2016	08



Licencia Médica

Nº1- 36107478

La COMPIN, la Subcomisión 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.15 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

PARRADA PLACENCIA VALERIA [Redacted]

APELLIDO PATERNO: PARRADA APELLIDO MATERNO: PLACENCIA NOMBRES: VALERIA

FECHA EMISION LICENCIA: 01/09/16 FECHA INICIO DE REPOSO: 31/08/16

FECHA DE NACIMIENTO: 10/06/82 EDAD: 34 SEXO: F

Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

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 18.967)

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: RUN: 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

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:
VILLA O POBLACION:
COMUNA:
TELEFONO:
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)

ESPIRANTA VAQUE JORGE

APELLIDO PATERNO: ESPIRANTA APELLIDO MATERNO: VAQUE NOMBRES: JORGE ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO VIZCARRA, VILLANO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: CORREO ELECTRONICO: FIRMA DEL PROFESIONAL:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-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

MUNICIPALIDAD DE VILLANO
DIRECCION DE SALUD
QUILLO
CARRERA DE SALUD

HASTA	DIAS	DESDE	TOTAL DIAS
2016 08 08	08	2016 08 01	07
2016 08 12	12	2016 08 01	11
2016 08 25	25	2016 08 01	24
2016 08 25	25	2016 08 01	24
2016 09 07	07	2016 08 01	06
2016 09 07	07	2016 08 01	06
2016 09 05	05	2016 08 01	04
2016 09 05	05	2016 08 01	04

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



GOBIERNO DE CHILE

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°2- 36074819

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **LINCOVIL** APELLIDO MATERNO: **NANCO** NOMBRES: **PAMELA ODET**

FECHA EMISION LICENCIA: **010916**

FECHA INICIO DE REPOSO: **010916**

EDAD: **29**

M O F: **F**
 SEXO: **F**

N° DE DIAS: **02**

N° DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

A

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 _____

TRAYECTO: **1** 1=SI 2=NO
 HORA _____ MINUTOS _____

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES _____ AÑO _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: **A** A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: **1** 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **RAMIREZ** APELLIDO MATERNO: **CORSI** NOMBRES: **ROMINA**

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **30397-6**

TELEFONO: **84447736** DIRECCION: **Marcolera 367**

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

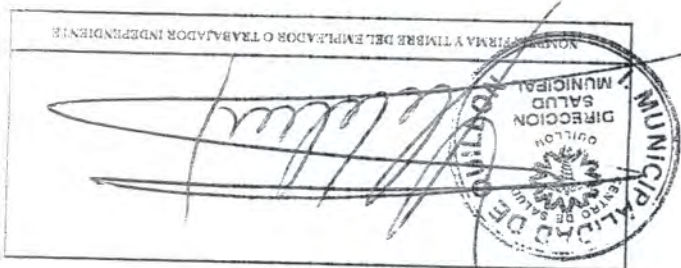
FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD

1 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
02	02 05 2016	03 05 2016
01	03 05 2016	03 05 2016



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 período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.