



DECRETO ALCALDICIO N° 31941

Quillón, 74 SEP 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Héctor Besú 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 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
1-36107494	Héctor Besú Marín	[REDACTED]	Médico CESFAM	07	10/09/2016	16/09/2016	MAS VIDA
2-51289812	Gabriela Bustamante Ulloa	[REDACTED]	Psicóloga CESFAM	30	16/09/2016	15/10/2016	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.  
13.09.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

# Nº1- 36107494

La COMPIN, la Superintendencia de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas reduciendo 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

**BESU MARIN** **MARIN** **MARIN**

APPELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES

**090916**      **100916**      **290685**      **31**      **M**

FECHA EMISION LICENCIA      DIA      MES      AÑO      FECHA DE NACIMIENTO      EDAD      SEXO

**07**      **SIETE**

Nº DE DIAS      Nº DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de 1 año y post-natales (Arts. 196 y 200 del C. De. Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.837)

APPELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUK

**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

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

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

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)

**ESPALANTE VARGAS JORDI**

APPELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES

**M5**      **1= MEDICO**      **2= DENTISTA**      **3= MATRONA**

ESPECIALIDAD

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION      FIRMADO DEL TRABAJADOR

CALLE      Nº      FIRMADO DEL PROFESIONAL

COMUNA      TELEFONO

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

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

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

## Nº 2 - 51289812

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: **ROSTANANTE** APELLIDO MATERNO: **ULLOA** NOMBRES: **GABRIELA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **120916** FECHA INICIO DE REPOSO: **160916**  
 Nº DE DIAS: **30** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA DIAS**

RUN: **[REDACTED]**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **270583** EDAD: **33** 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_ TRAYECTO:  1= SI  2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: **0216**  
 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 SUBSECCION: \_\_\_\_\_  
 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: **ALBERTO** APELLIDO MATERNO: **RODRIGUEZ** NOMBRES: **SOPHIA FELICIA**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **18925-1**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: **Avenida de los Andes**  
 COMUNA: **Las Condes**

ESPECIALIDAD: **ginecología**  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 Nº: **75**  
 TELEFONO: **2481927**

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

NOMBRES FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

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.

1= SI  2= NO

HASTA			DESDE			TOTAL DIAS
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30
2016	09	16	2016	09	16	30

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES