



Quillón, 22 SEP 2016

**VISTOS:**

- Las Licencias Médicas de Iris Pávez y Alejandra Luna.
- 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
2-51493666	Iris Pávez Morales	[REDACTED]	Nutricionista CESFAM	01	20/09/2016	20/09/2016	FONASA
2-51292094	Alejandra Luna Palavecino	[REDACTED]	Nutricionista CESFAM	07	21/09/2016	27/09/2016	CRUZ BLANCA

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

YLF/jsb.  
21/09.2016

**DISTRIBUCIÓN:**

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



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



# Licencia Médica

## Nº 2 - 51292094

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: Luis APELLIDO MATERNO: Palacios NOMBRES: 4149 Alejandro  
 FECHA EMISION LICENCIA: 200916 FECHA INICIO DE REPOSO: 210916  
 N° DE DIAS: 007 N° DE DIAS EN PALABRAS: Siete

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 150182 EDAD: 34 SEXO: F

#### 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 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]  
 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

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

APELLIDO PATERNO: García APELLIDO MATERNO: Corvalán NOMBRES: Luis Alan  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 27052-0  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Alameda  
 CALLE: Alameda COMUNA: [REDACTED]

ESPECIALIDAD:  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2016 09 25	2016 09 14	11
2016 09 12	2016 05 12	181

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.

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

# Licencia Médica

Nº 2 - 51493666

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:** Pérez **Apellido Materno:** Morales **Nombres:** Iris  
**Fecha Emisión Licencia:** 20-09-2016 **Fecha Inicio de Reposo:** 20-09-2016 **Día Mes Año**  
**Fecha de Nacimiento:** 06-08-1977 **Edad:** 39 **Sexo:** F  
**RUN:** [REDACTED]  
**Nº de días:** [REDACTED] **Nº de días en palabras:** [REDACTED]

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natalas. (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] **Día 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

**Lugar de Reposo:**  1= SU DOMICILIO  2= HOSPITAL  3= OTRO DOMICILIO

**Justificar si es otro (3):** [REDACTED]

**Calle:** [REDACTED] **Nº:** [REDACTED] **DPTO:** [REDACTED]

**Villa o Población:** [REDACTED] **Comuna:** [REDACTED]

**Teléfono:** [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:** Pérez **Apellido Materno:** Bolaños **Nombres:** Marcelo  
**Especialidad:** Red Fisiología **Registro Colegio Profesional:** 20702 - 0  
**Correo Electronico:** [REDACTED]

**Dirección y Comuna del lugar de Emisión:**  
**Calle:** Paulino Florido **Nº:** 509  
**Comuna:** Chillán **Región:** 42 **Provincia:** 58 **Municipalidad:** 45

**Firma del Trabajador:** [REDACTED] **Firma del Profesional:** Sr. Marcelo Pérez Bolaños

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2016-08-08	2016-08-08	01
2016-08-08	2016-08-09	02
2016-08-09	2016-08-10	03
2016-08-10	2016-08-11	04
2016-08-11	2016-08-12	05
2016-08-12	2016-08-13	06
2016-08-13	2016-08-14	07
2016-08-14	2016-08-15	08
2016-08-15	2016-08-16	09
2016-08-16	2016-08-17	10

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica... [REDACTED]

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES