



DECRETO ALCALDICIO N° 1.208

Quillón, 04 ABR 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de: Carolina Andrade, Valeria Parada, Yoselinne Soto, Jessica García, Alejandro Parra y Claudia Coloma.
- 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 Subroga.
- 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° 3.903 de fecha 23 de Noviembre de 2016, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2017 del Departamento de Salud.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio-Bio, 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 licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-36401302	Carolina Andrade Marty		Kinesióloga CESAFAM	01	29/03/2017	29/03/2017	MAS VIDA
2-52449374	Valeria Parada Placencia		Médico CECOSF	02	29/03/2017	30/03/2017	MAS VIDA
2-53540219	Yoselinne Soto Becerra		Matrona CESFAM	30	29/03/2017	27/04/2017	MAS VDA
1-36347494	Jessica García San Martin		TENS CESFAM	02	30/03/2017	31/03/2017	FONASA
2-52449377	Alejandro Parra Quintana		Enfermero CESFAM	01	31/03/2017	31/03/2017	MAS VIDA
1-36347495	Claudia Coloma Parra		Paramédico CESFAM	02	03/04/2017	04/04/2017	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

YLF/jsb.  
07.04.2017

**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 1 - 36401302

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

ANDRADE MARTY CAROLINA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

300317

FECHA INICIO DE REPOSO 290317

240584

32

M 6 F

F

FECHA EMISION LICENCIA

DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO

001

UNO

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

1

- 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

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 1/3 SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) Clínica Clídon (examen)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

NO DPTO

COMUNA

TELEFONO

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

CARRASCO CONCHA PAULINA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

med general

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

37217-1

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA

CALLE

159

Nº

PAULINA CARRASCO CONCHA

QUILISNO

COMUNA

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Signature and Stamp]

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES
2017	02	2017	02	2017	05
2017	01	2017	01	2017	01
2016	12	2016	12	2016	04
2016	12	2016	12	2016	01
2016	05	2016	11	2016	02

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 ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº 2 - 52449374

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: PARRADA  
 APELLIDO MATERNO: PLACENCIA  
 NOMBRES: VALERIA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 29 03 17  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 29 03 17  
 Nº DE DIAS: 02  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: DOS

RUN: [REDACTED]  
 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]  
 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]

VILLA O POBLACION: [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: [REDACTED]

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

APELLIDO PATERNO: PEREZ / APELLIDO MATERNO: GUATAMBEL / NOMBRES: MILTON  
 ESPECIALIDAD: Médico General  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [REDACTED]  
 CALLE: ARTURO PRAT  
 COMUNA: SAN ANTONIO

FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

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

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO		DIRECCION REGIONAL DE SALUD		MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO		MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	TOTAL DIAS
2016	08	11	2016	08	11	2016	08	11	01
2016	09	16	2016	09	16	2016	09	16	01
2016	11	11	2016	11	11	2016	11	11	01
2016	12	06	2016	12	06	2016	12	06	01
2017	01	05	2017	01	05	2017	01	05	01
2017	02	03	2017	02	03	2017	02	03	02
2017	03	10	2017	03	10	2017	03	10	04

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



# Licencia Médica

## Nº 2 - 53540219

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: SOTO  
 APELLIDO MATERNO: PECEILMA  
 NOMBRES: YOSELINNE  
 FECHA EMISION LICENCIA: 28/05/17  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 29/03/17  
 N° DE DIAS: 030  
 N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 05/07/82  
 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]  
 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]

D: [REDACTED]  
 CALLE: [REDACTED]  
 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]  
 V: [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: FLORIO BASSALETTI  
 APELLIDO MATERNO: CARLA  
 NOMBRES: [REDACTED]  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: SON MARTIN, CONCEPCION

ESPECIALIDAD:  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: CARLA FLORIO BASSALETTI  
 MEDICO PSIQUIATRA  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]  
 Nº: 1347  
 TELEFONO: 2466620

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

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma manuscrita]

TOTAL DIAS	DESE	HASTA
30	22	2017 05 28
	22	2017 05 28
	22	2017 05 28
	22	2017 05 28
	22	2017 05 28
	22	2017 05 28

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

## Nº1- 36347494

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** BANCIA      **APELLIDO MATERNO** SAN MARTIN      **NOMBRES** JESSICA  
**FECHA EMISION LICENCIA** 300314      **FECHA INICIO DE REPOSO** 300314  
DIA MES AÑO  
**Nº DE DIAS** 02      **Nº DE DIAS EN PALABRAS** DOS

**RUN** 310186.32      **M ó F** F  
**FECHA DE NACIMIENTO**      **EDAD** 32      **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      1= SI      2= NO  
**INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ** 2      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

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** \_\_\_\_\_      **APELLIDO MATERNO** \_\_\_\_\_      **NOMBRES** ESCALANTE VAQUE JORGE

**ESPECIALIDAD** MO.      1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** \_\_\_\_\_  
**CALLE** \_\_\_\_\_  
**COMUNA** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TRABAJADOR** *JESSICA*  
**REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO** \_\_\_\_\_  
**CELULAR** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO** Dr. Jorge Escalante V.  
**MEDICO CIRUJANO**  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_

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

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		TOTAL DIAS	
DESDE	HASTA	DIA	MESES
01/12/2016	01/01/2017	01	12
01/01/2017	01/02/2017	01	01
01/02/2017	01/04/2017	01	02
01/04/2017	01/02/2018	01	02
01/02/2018	01/02/2018	01	02

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 ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

Nº 2 - 52449377

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

PARRA QUINTANA ALEXANDRO A  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 310317 310317  
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO  
 01 UNO  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

RUN [REDACTED] M 6 F  
 010784 32 7  
 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).

[REDACTED]  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

[REDACTED]  
 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  
 1  
 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  
 HORA MINUTOS 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  
 1  
 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 [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]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

PEREZ GUATAMBEL NILTON  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 ESPECIALIDAD medico General  1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 ANTUQUO PRAT  
 CALLE Nº [REDACTED]  
 SAN ANTONIOLAS  
 COMUNA  
 FIRMA DEL PROFESIONAL *[Firma]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	
2016	10	27	2016	10	27	01
2016	11	16	2016	11	14	03
2016	12	07	2016	12	07	01
2016	12	29	2016	12	27	02
2016	03	10	2016	03	08	03

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



# Licencia Médica

Nº1- 36347495

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

COLOMA PARRA CLAUDIA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 030417 FECHA INICIO DE REPOSO 030417  
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO  
 02 N° DE DIAS 05 N° DE DIAS EN PALABRAS  
 180972 FECHA DE NACIMIENTO 44. EDAD F 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 18.857).

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 DE REPOSO

CALLE

Nº

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

RECUPERABILIDAD LABORAL 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= SI 2= NO

HORA MINUTOS

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

ESCALANTE VALDE JORGE  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 ESPECIALIDAD MO-  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 CORREO ELECTRONICO Dr. Jorge Escalante V. MEDICO - CIRUJANO  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE  
 COMUNA QUILLON

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

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ANNO	MES	DIA	ANNO	MES	DIA	DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
2017	03	17	2017	03	14	04	04	04
2017	03	07	2017	03	06	02	02	02
2017	01	24	2017	01	04	01	01	01
2016	11	25	2016	11	24	02	02	02

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)