



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 2895 /

Quillón, 28 AGO 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Alejandro Parra, Iris Pávez y Daniela Sánchez.
- 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° 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
1-37191224	Alejandro Parra Quintana		Enfermero CESFAM	02	24/08/2017	25/08/2017	CONSALUD
2-54486067	Iris Pávez Morales		Nutricionista CESFAM	02	24/08/2017	25/08/2017	FONASA
1-37191225	Daniela Sánchez Saldías		Adquisiciones DESAMU	01	25/08/2017	25/08/2017	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. Tramítase y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

JOP/jsb.
 24.08.2017

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 - 37191224

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

P A R A				V U I N T A M A				A L E J A N D R O			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
2 5 0 8 1 7				2 4 0 8 1 7							
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO							
DIA MES AÑO				DIA MES AÑO							
Nº DE DIAS				Nº DE DIAS EN PALABRAS							

0 1 0 7 8 4				3 3		M o 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	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					
CALLE					
Nº					
VILLA O UBICACION					
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)

E S C A L A N T E V A L L E				J O N E							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL							
CALLE											
COMUNA											

FIRMA DEL TRABAJADOR		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
Especialidad		1	
CORREO ELECTRONICO		MEDICO - CIRUJANO	
Nº			
TELEFONO			

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 2 - 54486067

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. 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 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

Perez		Luis		Iris	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
240817		240817			
FECHA EMISION LICENCIA		DIA MES AÑO			
02		DOS			
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS			

060817	40	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		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	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					
Nº		PTO			
VILLA					
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)

Vera		Quintero		Sebastian		Med 6002		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		ESPECIALIDAD			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRONICO					
CALLE		Nº		373					
COMUNA									

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, 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 recibido el documento.

1= SI	2= NO
-------	-------

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 1 - 37191225

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

S A N O N E E										S A L D I A S										D A N I E L A									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
250817										250817																			
FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO										DIA MES AÑO									
01										UNO																			
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																			

261190										26										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										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	
--	--	-----	--	-----	--	-----	--

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		A= MAÑANA	
REPOSO PARCIAL		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 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)

E S C A L A N T E										V A V U R										J O N E									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																			

D A N I E L S O										U N Z U E T A									
CALLE										V I L L O N									
COMUNA																			

FIRMA DEL TRABAJADOR		Nº		ESPECIALIDAD		1= MEDICO		2= DENTISTA		3= MATRONA	
CORREO ELECTRONICO		Nº		TELEFONO							

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

TIMBRE DEL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
2017	06	2017	06	03	01
2017	12	2017	12	10	12
2017	06	2017	06	03	03

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES