



DECRETO ALCALDICIO N° 100 /

Quillón, 09 ENE 2017

**VISTOS:**

- La Licencia Médica N° 1-36581379, por 30 días, desde el 27 de Diciembre y hasta el 25 de Enero del 2017 de la Srta. María Vega Valenzuela, auxiliar de servicio del CESFAM de Quillón.
- El Decreto Alcaldicio N° 4426 de fecha 30/2/2016, que Contrata a Plazo Fijo a la Sra. Andrea Bustos.
- El Decreto Alcaldicio N° 4455 de fecha 30/12/2016, que contrato en reemplazo a la Sra. Andrea Bustos.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015.
- 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.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- 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° 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° 4828 de fecha 15 de Diciembre de 2015, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2016 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 y sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. **DEJESE**, sin efecto el Decreto Alcaldicio N° 4426 de fecha 30/12/2016, que Nombra en Calidad de Plazo Fijo a la Sra. Andrea Bustos, a contar del 01/01/2017 hasta el 31/12/2017.
2. **MODIFIQUESE**, Decreto Alcaldicio N° 4455 de fecha 30/12/2016, que contrata en calidad de Reemplazo, quedando la siguiente forma:
3. **NOMBRESE EN CALIDAD DE REEMPLAZO A LA SRA. ANDREA EUGENIA BUSTOS VILLANUEVA**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] por 30 días, a contar del 27 de Diciembre del 2016 y hasta el 25 de Enero del 2017, para desempeñarse como Auxiliar de Servicio en los Establecimientos de Salud de la Comuna, en jornada de Lunes a Jueves de 08:00 hrs. a 17:00 hrs. y Viernes de 08:00 hrs. a 16:00 hrs.
4. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a Categoría F Nivel 15 con 44 horas semanales. Establecida en la Escala del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

5. Impútese el gasto que origine la ejecución del presente Decreto a la cuenta N° 215.21.03 del Presupuesto vigente del año 2016 y 2017 del Departamento de Salud Municipal.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**  
**MINISTRO DE FE**

*Leu*  
**VPM/ELS/jsb.**

05.01.2017

**DISTRIBUCIÓN:**

- Contraloría General de la República. (2)
- Carpeta Personal Sra. Andrea Bustos V. (2)
- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaría Municipal de Quillón



**ALBERTO GYHRA SOTO**  
**ALCALDE**



# Licencia Médica

Nº 1 - 36581379

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: **VEGA** APELLIDO MATERNO: **VALENZUELA** NOMBRES: **MARIA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **27/12/16** FECHA INICIO DE REPOSO: **27/12/16**  
 N° DE DIAS: **30** N° DE DIAS EN PALABRAS: **TREINTA**

RUN: **150178** EDAD: **38** SEXO: **F**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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: \_\_\_\_\_  
 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

LUGAR DE REPOSO:  1= SU DOMICILIO  2= HOSPITAL  3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): **KNT.**

DIRECCION DE REPOSO: **PASAJE SAN GERA**  
 CALLE: **2355**  
 N°: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: **Población Baguedano**  
 COMUNA: **Concepcion**  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: **82020569**  
 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

*Mario Vega*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **RONERO** APELLIDO MATERNO: **GONZALEZ** NOMBRES: **ALVARO**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: **TNT**  1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: **Froni@sscompin.cl**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *Dr. Alvaro Gonzalez*

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION:  
 CALLE: **SAN MARTIN**  
 COM: \_\_\_\_\_

N°: **1500**  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 R.C.M. 28310-K

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

TITULO MUNICIPAL  
 NOTARIO  
 CANTO DE SALVEMO  
 CHILLAN  
 (Firma y Sello)

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
ANO	MES	ANO	MES	ANO	MES
2016	12	2016	12	2016	12
2016	11	2016	11	2016	11
2016	10	2016	10	2016	10
2016	09	2016	09	2016	09
2016	08	2016	08	2016	08
2016	07	2016	07	2016	07

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 ULTIMOS 6 MESES