



**I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**QUILLÓN**

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 1201**

Quillón, 1 D ENE 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Marisol Pérez y Susana Concha.
- 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° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- 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° 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° 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 licencia médica de la funcionaria que se señala en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35799427	Marisol Pérez Cárdenas	[REDACTED]	Enfermera CESFAM	01	03/01/2017	03/01/2017	MAS VIDA
2-51502034	Susana Concha Acuña	[REDACTED]	Auxiliar CECOSF	15	06/01/2016	20/01/2017	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**

ELS/jsb.  
06.01.2017.

**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 2 - 51502034

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

**CONCHA ALVINA SUSANA BEATRIZ**  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES  
**050117**      **060117**  
 FECHA EMISION LICENCIA      DIA    MES    AÑO  
**15**      **QUINCE**  
 Nº DE DIAS      Nº DE DIAS EN PALABRAS

[REDACTED]      **310767**      **49**      **F**  
 RUN      FECHA DE NACIMIENTO      EDAD      SEXO

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.857).

[REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      RUN

[REDACTED]      [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

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  
 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]

COMUNA: [REDACTED]      TELEFONO: [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)

**PARADA PLACENCIA VALER**  
 APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES  
 [REDACTED]      **38734-7**  
 RUN      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**General**       1= MEDICO    2= DENTISTA    3= MATRONA  
 ESPECIALIDAD  
**vapp\_20@hotmail.com**  
 CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**FRANCISCO UNZUETA**  
 CALLE  
**QUIL**  
 COMUNA

**159**      [REDACTED]  
 Nº      FIRMA DEL PROFESIONAL

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

[REDACTED]      [REDACTED]  
 DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD      MUNICIPALIDAD DE QUILIN  
 CENTRO DE SALUD      Nº 159

DESDE		HASTA		TOTAL DIAS	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES
05	08	23	08	05	08
03	08	29	08	03	08
04	08	06	08	04	08
02	08	10	08	02	08
01	08	02	08	01	08
05	08	26	08	05	08

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