



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

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 289 I**

Quillón, 19 ENE 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Jorge Escalante, Lidia Pérez, Sonya Toro y Jackeline Padilla.
- 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.
- 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
1-36342664	Jorge Escalante Vaque	[REDACTED]	Médico CESFAM	01	12/01/2017	12/01/2017	FONASA
1-36342662	Lidia Pérez Pérez	[REDACTED]	Paramédico CESFAM	01	12/01/2017	12/01/2017	MAS VIDA
2-51502035	Sonya Toro Araneda	[REDACTED]	TENS CECOSF	01	12/01/2017	12/01/2017	FONASA
1-36342663	Jackeline Padilla Romero	[REDACTED]	TENS CESFAM	01	12/01/2017	12/01/2017	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele 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**

YLP/jsb.  
18.01.2017.

**DISTRIBUCIÓN:**

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



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



# Licencia Médica

Nº1- 36342664

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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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

**ESCALANTE VAQUE JORGE.**

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE  
 APELLIDO MATERNO: VAQUE  
 NOMBRES: JORGE

FECHA EMISION LICENCIA: 13/01/17  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 12/01/17

FECHA DE NACIMIENTO: 20/12/64  
 EDAD: 52  
 SEXO: M

Nº DE DIAS: 001  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO.

### 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).

### 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: \_\_\_\_\_

HORA MINUTOS: \_\_\_\_\_

TRAYECTO: 1 (SI) / 2 (NO)

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 (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): \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

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)

**HERWANN DE KRAUSS PATRICIA.**

APELLIDO PATERNO: HERWANN DE  
 APELLIDO MATERNO: KRAUSS  
 NOMBRES: PATRICIA

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCOISCO VENTURA, QUILLON  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_

Nº: 159  
 422581650

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*



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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (FORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	05/2016	08/2016
16	09/2016	03/2017
01	12/2016	15/2017



# Licencia Médica

## N°1- 36342662

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. N°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

PEÑEZ PEREZ LIBIA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

130117 120117 101049 67 - F

FECHA EMISION LICENCIA FECHA DE REPOSO DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

01 UNO

N° DE DIAS N° 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 RUN

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

#### 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

N° DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

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

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)

ESCALANTE VAQUE JORDI

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD

1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

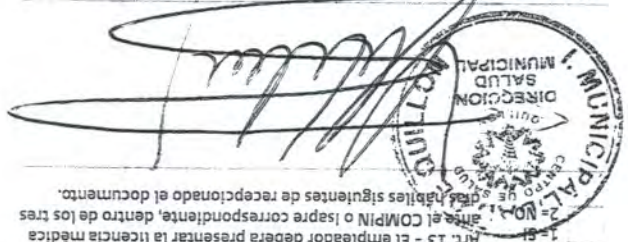
COMUNA TELEFONO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	25	11 2016
01	26	26 2016



# Licencia Médica

Nº 2 - 51502035

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 93/1984.

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

**NORO ARANEDA SONYA LETICIA**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**110117** **120117**  
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

**180186** **30** **F**  
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

**01** **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= 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 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 DPTO  
 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

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**PANADA PLACENCIA VALER**  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**General**  1= MEDICO  
ESPECIALIDAD 2= DENTISTA  
3= MATRONA

**38734 - 7**  
RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
**FRANCISCO ONDARRA**  
CALLE  
**QUILIKO**  
COMUNA

**519** **[Firma]**  
Nº FIRMA DEL PROFESIONAL

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
*[Firma]*  
MUNICIPALIDAD DE QUILIKO  
DIRECCION DE SALUD  
CARRILLO

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

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



# Licencia Médica

## N°1- 36342663

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. N°3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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

PADILLA ROMERO JACKELINE

APPELLIDO PATERNO: PADILLA      APELLIDO MATERNO: ROMERO      NOMBRES: JACKELINE

FECHA EMISION LICENCIA: 13 01 14      FECHA INICIO DE REPOSO: 12 01 14      FECHA DE NACIMIENTO: 10 11 88      EDAD: 28      SEXO: F

N° DE DIAS: 01      N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO

#### 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).

APPELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

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

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

[Redacted]

N° [Redacted] DPTO [Redacted]

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

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

TRAYECTO: 1 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

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

BOZALANTE VALDE JORGE

APPELLIDO PATERNO: [Redacted]      APELLIDO MATERNO: [Redacted]      NOMBRES: BOZALANTE VALDE JORGE

ESPECIALIDAD: 15      FIRMA DEL TRABAJADOR: [Signature]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_      CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO UZUEVA

CALLE: \_\_\_\_\_      N°: [Redacted]

COMUNA: QUELLON      TELEFONO: \_\_\_\_\_

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

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.

[Signature]

[Stamp: MUNICIPALIDAD DE QUELLON, DIRECCION SALUD MUNICIPAL]

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA