

2466A



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO Nº 296 /

Quillón, 19 ENE 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Pamela Lincovil e Irene Morales.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio Nº 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio Nº 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley Nº 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 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 Nº 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:

Nº de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-36179595	Pamela Lincovil Ñanco	[REDACTED]	Odontóloga CECOSF	01	16/01/2017	16/01/2017	CONSALUD
3-8528756	Irene Morales Garrido	[REDACTED]	Nutricionista CECOSF	30	22/01/2017	20/02/2017	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



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

YLF/jsb.  
19.01.2017.

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

## Nº1-36179595

La COMPI, a Subcomisión de la Unidad de Licencias Médicas de la ISAPRES, en su caso, podrá rechazar o aprobar las licencias médicas dentro o después del periodo de vigencia de la licencia, de forma total o parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº3/1984

TRABAJADOR SECTOR P. BLK: 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 de la vigencia de la licencia.  
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

**LINCOLN BANCO PAMELA ODET**

APELLIDO PATERNO: LINCOLN      APELLIDO MATERNO: BANCO      NOMBRES: PAMELA ODET

FECHA EMISION LICENCIA: 16/01/17      FECHA INICIO DE REPOSO: 16/01/17      RUN: 23038729      M & F: F      SEXO: F

Nº DE DIAS: 01      UNO      Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

#### 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 DEL REPOSO: \_\_\_\_\_

VILLA O POBLACION: \_\_\_\_\_

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

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

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 RECEPCION: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A COMPI A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 15.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**MOLINA MORALES CYRILA AND**      Medicina General      1= MEDICO    2= DENTISTA    3= MATRONA

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_    APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_    NOMBRES: \_\_\_\_\_    ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 348139

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

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA

Nº: 159

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

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

IMPORTE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DIAS	ANOS	MES	DIAS	ANOS	MES	DIAS	TOTAL DIAS
01	2016	12	15	2016	12	01	01
02	2016	01	01	2016	12	01	02
03	2016	01	01	2016	01	01	03
04	2016	01	01	2016	01	01	04
05	2016	01	01	2016	01	01	05
06	2016	01	01	2016	01	01	06
07	2016	01	01	2016	01	01	07
08	2016	01	01	2016	01	01	08
09	2016	01	01	2016	01	01	09
10	2016	01	01	2016	01	01	10
11	2016	01	01	2016	01	01	11
12	2016	01	01	2016	01	01	12
13	2016	01	01	2016	01	01	13
14	2016	01	01	2016	01	01	14
15	2016	01	01	2016	01	01	15
16	2016	01	01	2016	01	01	16
17	2016	01	01	2016	01	01	17
18	2016	01	01	2016	01	01	18
19	2016	01	01	2016	01	01	19
20	2016	01	01	2016	01	01	20
21	2016	01	01	2016	01	01	21
22	2016	01	01	2016	01	01	22
23	2016	01	01	2016	01	01	23
24	2016	01	01	2016	01	01	24
25	2016	01	01	2016	01	01	25
26	2016	01	01	2016	01	01	26
27	2016	01	01	2016	01	01	27
28	2016	01	01	2016	01	01	28
29	2016	01	01	2016	01	01	29
30	2016	01	01	2016	01	01	30
31	2016	01	01	2016	01	01	31

INFORMACION DE LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



### Licencia médica

La COMPIN, 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.  
 \*\*\* OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



N° 3 FOLIO: 852875-6

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MORALES	GARRIDO	IRENE PILAR	[REDACTED]	51	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
2 - CELULAR		989933696			
CANAL		EMAIL DATO			
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		N DE DIAS	
18 01 17 Dia Mes Año		22 01 17 Dia Mes Año		30	
		N DE DIAS EN PALABRAS			
		TREINTA			

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.  
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
 TRABAJADOR SECTOR PUBLICO  
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
 TRABAJADOR DEPENDIENTE

#### A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion 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 Hijo Menor de 1 año
- 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6=Enfermedad Profesional
- 7=Patología del Embarazo

RECUPERABILIDAD LABORAL  1 1=Si 2=No INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ  2 1=Si 2=No

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL  A=Manana  
 2=Reposo Laboral Parcial  B=Tarde  
 C=Noche

LUGAR DE REPOSO  1 1=Su Domicilio  
 2=Hospital  
 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE N-DEPTO-COMUNA  
 [REDACTED]

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) [REDACTED]

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CHAVEZ	VIVEROS	RICHARD	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
OTORRINOLARINGOLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	RICHARDALEJO@GMAIL.COM	
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
FRANCISCO RAMÍREZ N° 10, CHILLÁN # CHILLÁN CHILE		0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX	



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



### Licencia médica

La COMPIN, 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.



#### SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

##### C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. Municipalidad Quillón Dpto Salud		61.972.800-9	2209149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE		RUN	TELEFONO		
Fco. Anzures 159		Quillón	Quillón	31-01-2017	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	OCUPACION
<input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petroleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcción 4=Electricidad, Gas y Agua 5=Comercio 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, Profesionales y Otros 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada	11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Tecnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)
	<input type="text" value="Nunciante"/>

##### C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

<b>REGIMEN PREVISIONAL</b> <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: <input type="text" value="Letra (Caja Prev.)"/> Nombre Int. Prev.: <input type="text" value="HADINAT"/>	<b>CALIDAD TRABAJADOR</b> <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	<b>SEGURO DESEMPLEO</b> Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
<b>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</b> Dia: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<b>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</b> <input type="text" value="36-11-1992"/>	<b>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</b> <input type="text" value="36-11-1992"/>
<b>ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:</b>		
<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7</b> <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B=Isapre <input type="checkbox"/> C=C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D=Empleador	<b>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6</b> <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F=Mutual <input type="checkbox"/> G=INP <input type="checkbox"/> H=Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: <input type="text" value="CAJA LOS ANDES."/>		



**Licencia médica**

La COMPIN, 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.



**C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector publico deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector publico que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80 ademas deben registrar remuneraciones en la columna B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	10	2016			1.951.230		
	11	2016			1.955.095		
	12	2016			1.957.655		

**% DESAHUCIO**  
 11,27

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.  
 \$

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia médica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

**C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES**

Total Dias	Desde			Hasta			1=SI 2=NO
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	
15	24	10	2016	07	11	2016	
15	09	11	2016	22	11	2016	
30	23	11	2016	22	12	2016	
30	23	12	2016	21	01	2017	

Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres dias habiles siguientes de reopcionado el documento.

**MUNICIPALIDAD DE QUILLON**  
 CENTRO DE SALUD  
 NOMBRE Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

COMPIN-----FONASA-----  
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000  
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl