



DECRETO ALCALDICIO N° 429 /

Quillón, 31 ENE 2017

**VISTOS:**

- Licencias Médicas de Claudia Coloma y Carlos Saldías.
- 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 licencias médicas de los funcionarios que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	RUT	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre /Fonasa
1-36342675	Claudia Coloma Parra	[REDACTED]	Técnico Paramédico CESFAM	1	24/01/2017	24/01/2017	FONASA
1-36342832	Carlos Saldías Aracena	[REDACTED]	Médico CESFAM	1	23/01/2017	23/01/2017	Mas Vida

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

  
VLADIMIR PEÑA MAHUZIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

  
ELS/dss.  
27.01.2017

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

## Nº 1- 36342675

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. 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 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

APELLIDO PATERNO: COLOMA APELLIDO MATERNO: PARRA NOMBRES: CLAUDIA  
 FECHA EMISION LICENCIA: 250114 FECHA INICIO DE REPOSO: 240114  
 Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 180972 EDAD: 44 SEXO: F

#### 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 18.667).

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:  1= SI  2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

TRAYECTO:  1= SI  2= NO  
 HORA: \_\_\_\_\_ MINUTOS: \_\_\_\_\_

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: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

VILLA: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

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

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

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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)

APELLIDO PATERNO: ESCALANTE APELLIDO MATERNO: VALDE NOMBRES: JORGE  
 RUN: [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

#### DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: FRANCIS 90 UNZUELA

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

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

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Handwritten Signature]*

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
2	24/01/14	25/01/14
1	24/01/14	24/01/14
10	24/01/14	03/02/14
3	24/01/14	06/02/14
5	24/01/14	08/02/14
1	24/01/14	09/02/14
5	24/01/14	09/02/14
1	24/01/14	09/02/14

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.

1= SI  
2= NO

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



# Licencia Médica

Nº 1 - 36342832

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir, 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

**SALDIAS ARAZENA CARLOS**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
**24 01 14** **29 01 14**  
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO  
**01** **UNO**  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

**15 04 83** **33** **M**  
 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 18.857).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 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

### 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 [REDACTED]  
 CALLE [REDACTED]  
 Nº [REDACTED] DPTO

VILLA O POBLACION [REDACTED]  
 COMUNA [REDACTED]  
 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  
 DIA MES AÑO

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 VALDE JONAS**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**14 B**  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
 ESPECIALIDAD

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

CORREO ELECTRONICO **Jorge L. Escalante Valde**

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Handwritten signature]



Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción de la licencia médica.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
3	19 DIA 12 MES 2016 AÑO	21 DIA 12 MES 2016 AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES