

DECRETO ALCALDICIO N° 2209/

Quillón, 30 JUN 2017

VISTOS:

- Licencias Médicas de: Yoselinne Soto, Sebastián Valenzuela, María Urriola, Sonia Espinoza, Katherine González y Daniela Padilla
- El Decreto Alcaldicio N° 1584 de fecha 04 de Mayo del 2017, que Designa Director del CESFAM, en ausencia del titular.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- 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° 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, 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
3-16480439	Yoselinne Soto Becerra		Matrona CESFAM	01	23/06/2017	23/06/2017	NUEVA MAS VIDA
1-36401315	Sebastián Valenzuela Valenzuela		Convenio DESAMU	01	27/06/2017	27/06/2017	FONASA
1-37191101	María Urriola Duran		Administrativo CESFAM	04	27/06/2017	30/06/2017	FONASA
1-36634857	Sonia Espinoza Campos		Administrativo CECOSF	03	28/06/2017	30/06/2017	FONASA
1-35799438	Katherine González Núñez		Administrativo CESFAM	03	28/06/2017	30/06/2017	FONASA
1-36347524	Daniela padilla Gómez		Asistente social CESFAM	03	28/06/2017	30/06/2017	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



VLADIMIR PEÑA MAHUIER

ADMINISTRADOR MUNICIPAL

"POR ORDEN DEL ALCALDE"

LTB/jsb.

28.06.2017

DISTRIBUCIÓN:

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

Licencia Médica

Nº 1 - 37191101

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Ciencias 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.

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: U R A L I G U A
 APELLIDO MATERNO: D U R A N
 NOMBRES: M A R I A L U I S A
 FECHA EMISION LICENCIA: 27 06 17
 FECHA INICIO DE REPOSO: 27 06 17
 DÍA MES AÑO
 Nº DE DIAS: 04
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: CUATRO

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 11 05 87
 EDAD: 30
 SEXO: F

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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: [REDACTED]
 APELLIDO MATERNO: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED]
 RUN: [REDACTED]

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]
 DÍA MES AÑO
 HORA MINUTOS: [REDACTED]
 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: [REDACTED]
 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]
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [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)

APELLIDO PATERNO: P E R E Z
 APELLIDO MATERNO: G O N Z A L E Z
 NOMBRES: M I C H E L
 RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: F R A N C I S C O
 COMUNA: D U R A N
 TELEFONO: [REDACTED]

ESPECIALIDAD: General
 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED]

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.
 1= SI 2= NO
 MUNICIPALIDAD DE VALDIVIA
 DIRECCION SALUD
 VALDIVIA

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2017 05 30	2017 05 29	02
2017 06 03	2017 06 02	01
2017 06 21	2017 06 20	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Eficiencias 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. N°3/1984

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA										CAMPOS										SONIA																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES																			
280617										FECHA INICIO DE REPOSO										280617																			
FECHA EMISION LICENCIA										DIA										MES										AÑO									
03										TRES																													
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																													

03 08 69 47 F
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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 18.367).

[illegible]

--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

								-	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 2 3 4 5 6 7	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 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1 1 = SI 2 = NO
----------------------------	--	--------------------------------	--

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">DIA</td> <td colspan="2">MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>							DIA			MES		AÑO
DIA			MES		AÑO								

<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">HORA</td> <td colspan="2">MINUTOS</td> </tr> </table>					HORA		MINUTOS		TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	1
HORA		MINUTOS									

FECHA DE LA CONCEPCION	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>					MES		AÑO	
MES		AÑO							

A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	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 				
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

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

V				A				L				E				N				Z				U				E				L				A				M				E				C				A				K				A				R				E				N			
APELLIDO PATERNO																APELLIDO MATERNO																NOMBRES																																											
[REDACTED]																																																[REDACTED] - [REDACTED]																											
RUN																																																REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																											

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

EL CASINO
CALLE

QUINDIA
COMUNA

GENERAL
ESPECIALIDAD

2

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

Karevalenzuela maza@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

S	/	N		
---	---	---	--	--

			8	5	8	7	5	5	0	2
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Art. 13 - El empujador deberá presentar la licencia mencionada ante el COMPA o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

TOTAL DIAS		02	05				
DIA	MES	18	19	04	05	19	20
DESCRIPCION							
DIA	MES	20	21	22	23	24	25
DESCRIPCION							
DIA	MES	26	27	28	29	30	31
DESCRIPCION							

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº1- 35799438

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

GONZALEZ NUÑEZ KATHERINE
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
280617 280617
FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
03 TRES DIAS
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

280491 26 F
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo 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

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 DE REPOSO

CALLE

Nº

VILLA O POBLACION

TELEFONO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

RECUPERABILIDAD 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE 1= SI 2= NO DE INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

TRAYECTO 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)

SAN MARTIN CORREA ALVARO CIRUJANO DENTISTA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD

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

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

FRANCISCO UNZUETA
CALLE

QUI
COMUNA

Nº

alvarosmc@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

1= SI
2= NO

HASTA 20 05 20 03 20 01 20 01 20 04
AÑO MES DIA MES DIA MES DIA
TOTAL DIAS

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Licencia Médica

Nº 1- 36347524

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. 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 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: **PADILLA** APELLIDO MATERNO: **GOMA** NOMBRES: **Daniel**
FECHA EMISION LICENCIA: **27 06 17** FECHA INICIO DE REPOSO: **28 06 17**
DIA MES AÑO
Nº DE DIAS: **03** NOMBRE DE DIAS: **Tres**
Nº DE DIAS EN PALABRAS: **Tres**

FECHA DE NACIMIENTO: **20/04/08** EDAD: **29** SEXO: **F**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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 18867).

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 DE REPOSO:

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

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)

APELLIDO PATERNO: **NO LIMA** APELLIDO MATERNO: **OLIVERA** NOMBRES: **LUIS EDUARDO**
ESPECIALIDAD: **1**
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **31453 6**
CORREO ELECTRONICO: **605.0111@gmail.com**
FIRMA: **DR. LUIS MOLINA OLIVERA**
FIRMA DEL TRABAJADOR: **[Firma]**
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO UNWEID**
CALLE: **11**
COP: **11**
Nº: **159**
42 2581630

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE Y FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[Firma]



ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

HASTA: ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

ANO: **2017** MES: **06** DIA: **21**

TOTAL DIAS

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES