



DECRETO ALCALDICIO N° 3139 /

Quillón, 29 JUL 2019

VISTOS:

- La Licencia médica N° 3-24231984 por 15 días desde el 16/07/2019 al 09/08/2019, del Sr. Miguel Opazo.
- 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° 4302 de fecha 15 de Noviembre del 2018, que amplia y modifica decreto Alcaldicio N° 1791/2018.
- El Decreto Alcaldicio N° 1791 de fecha 09 de Mayo del 2018, que actualiza la subrogancia de Alcalde, Direcciones y Departamentos que indica.
- El Decreto Alcaldicio N° 1753 de fecha 08 de Mayo del 2018, que rectifica y complementa Decreto Alcaldicio N° 1.133/2018.
- El Decreto Alcaldicio N° 1.133 de fecha 23 de Marzo de 2018, que Actualiza y modifica Decreto Alcaldicio N° 413/2013, que delega Atribuciones al Administrador Municipal y a sus Subrogancia.
- 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.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- 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.
- El Decreto Alcaldicio N° 4837 de fecha 17 de Diciembre del 2018, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2019 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. **NOMBRASE EN CALIDAD DE REEMPLAZO A LA SRA. VERONICA MARCELA ITURRA QUINTANA**, Cédula de Identidad N° [REDACTED] por 12 días, a contar del 29 de Julio y hasta el 09 de Agosto del 2019, para desempeñarse como Auxiliar de Servicio menores en los Establecimientos de Salud de la Comuna.
2. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a Categoría F Nivel 15 con 44 horas semanales. Establecida en la Escala del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. Impútese el gasto que origine la ejecución del presente Decreto a la cuenta N° 215.21.02 del Presupuesto vigente del año 2019 del Departamento de Salud Municipal.

NOTÉSE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDUARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



ALBERTO GYHRA SOTO
ALCALDE

EL S/jsb.
29.07.2019

DISTRIBUCIÓN:

- Contraloría General de la República. (2)
- Carpeta Personal Sra. Verónica Iturra Q. (2)
- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.



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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N°3 Folio: 2423198-4

OPERADOR: 4

SECCION 0:

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| RUT OPERADOR | TIPO FORMULARIO | EMPLEADOR ADSCRITO | CODIGO ENTIDAD | RUT PRESTADOR | CODIGO PRESTADOR | | |
| 76135801-4 | 3 | SI | 61603000-0 : FONASA | 61607000-2 | 115348 | | |
| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CODIGO TRAMITACION | RUT EMPLEADOR | FECHA TERMINO RELACION | MOTIVO DEVOLUCION | MOTIVO NO RECEPCION | TIPO LIQUIDACION |
| 1- OTORGADA | 26-07-19 10:18 | 10100 | 61972800-9 | | | | |
| 5- TRAMITADA | 26-07-19 11:31 | 10100 | 61972800-9 | | | | |

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|------|------|
| OPAZO | URIBE | MIGUEL ANGEL | [REDACTED] | 47 | M |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |
| FECHA EMISION LICENCIA | FECHA INICIO DE REPOSO | N DE DIAS | N DE DIAS EN PALABRAS | | |
| 26 07 19 Dia Mes Año | 26 07 19 Dia Mes Año | 15 | QUINCE | | |

A.3 TIPO DE LICENCIA

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|--------------|-----------------------------|---|--------------|---|----------|--------------|------------------------|
| 1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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 | 1 | RECUPERABILIDAD LABORAL | 1=SI 2=NO | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | 2 | 1=SI 2=NO | FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | TRAYECTO | 1=SI 2=NO | FECHA DE LA CONCEPCION |
|--|---|-------------------------|--------------|-----------------------------|---|--------------|---|----------|--------------|------------------------|

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

| | | |
|--|--------------------------|--|
| 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial | SOLO PARA REPOSO PARCIAL | A=Manana 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) 0 - 999209121 | | |

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | |
|--|------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| VASQUEZ | ESPINOZA | JUAN PABLO | [REDACTED] |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |
| SIN ESPECIALIDAD | 1 | 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona | JPVASQUEZ@MEDICINA.UCSC.CL |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO |
| FRANCISCO UNZUETA 159 # QUILLÓN USO DESACONSEJADO, UTILIZAR CÓDIGO 16107 CHILE | | | 422263479 |
| DIRECCION | | TELEFONO | FAX |

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL |
| DIAGNOSTICO PRINCIPAL | OTROS DIAGNOSTICOS |
| INFORMACION CONFIDENCIAL | |
| ANTECEDENTES CLINICOS | |
| INFORMACION CONFIDENCIAL | |
| EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO | |

A.C COMPLEMENTO

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | INFORMACION CONFIDENCIAL | |
| CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL | CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO | CODIGO DIAGNOSTICO OTRO | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | EMAIL TRABAJADOR |

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.