



Quillón, 28 OCT 2019

VISTOS:

- La licencia médica N° 3-27085148, por 20 días desde el 21/10/2019 al 09/11/2019, de la Sra. Albertina Figueroa, Paramédico CESFAM.
- 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 amplía 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° 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° 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 AL SR. MANUEL ESTEBAN RIVERA TORRES**, Técnico en enfermería, Cédula de Identidad N° [REDACTED] por 13 días a contar del 28 de Octubre al 09 de Noviembre del 2019, para desempeñarse en los establecimientos de salud de la comuna.
2. Páguese su remuneración a contar de igual fecha y demás asignaciones correspondiente a categoría C 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° 215.21.03 del presupuesto vigente del año 2019 del departamento de salud municipal.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



MARIA GABRIELA VALLEJOS LANDAUR
SECRETARIO MUNICIPAL (S)
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ALCALDE (S)

ELs/jsb.
28.10.2019

DISTRIBUCIÓN:

- Carpeta Personal Sr. Manuel Rivera T. (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 2708514-8

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

| RUT OPERADOR | TIPO FORMULARIO | EMPLEADOR ADSCRITO | CÓDIGO ENTIDAD | RUT PRESTADOR | CÓDIGO PRESTADOR |
|--------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------|------------------|
| 76135801-4 | 3 | SI | 61603000-0 : FONASA | 76610886-5 | 112260 |

| ESTADO LICENCIA | FECHA ESTADO | CÓDIGO TRAMITACIÓN | RUT EMPLEADOR | FECHA TÉRMINO RELACIÓN | MOTIVO DEVOLUCIÓN | MOTIVO NO RECEPCIÓN | TIPO LIQUIDACIÓN |
|-----------------|----------------|--------------------|---------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1- OTORGADA | 19-10-19 13:29 | 10100 | 61972800-9 | | | | |
| 5- TRAMITADA | 21-10-19 08:48 | 10100 | 61972800-9 | | | | |

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------|-----|------|------|
| FIGUEROA | VALENZUELA | ALBERTINA ISABEL | | 58 | F |
| APPELLIDO PATERNO | APPELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN | EDAD | SEXO |

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|------------|------------------------|
| FECHA EMISIÓN LICENCIA | FECHA INICIO DE REPOSO | N° DE DÍAS | N° DE DÍAS EN PALABRAS |
| 19 10 19 Día Mes Año | 21 10 19 Día Mes Año | 20 | VEINTE |

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

RECUPERABILIDAD LABORAL 1=SI 2=No
 INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ 2 1=SI 2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO _____ TRAYECTO 1=SI 2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN _____

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SÓLO PARA REPOSO PARCIAL
 2=Reposo Laboral Parcial A=Mañana B=Tarde C=Noche

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) AMBULATORIA

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | |
|-------------------|-------------------|----------------|-----|
| PARRA | DAZA | CARLOS ALBERTO | |
| APPELLIDO PATERNO | APPELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN |

| | | | |
|--------------|---|------------------------------|----------------------------|
| PSIQUIATRIA | <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Médico 2=Dentista 3=Matrona | - | CARLOSPARRA.PSIQ@GMAIL.COM |
| ESPECIALIDAD | TIPO PROFESIONAL | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRÓNICO |

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| CLAUDIO ARRAU 718 # CHILLÁN CHILE | 422341467 |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO FAX |

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | OTROS DIAGNÓSTICOS |

| |
|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| ANTECEDENTES CLÍNICOS |

| |
|-------------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO |

A.7 COMPLEMENTO

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
| CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO | DIAGNÓSTICO SECUNDARIO EMAIL TRABAJADOR |

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 período 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 PÚBLICO:
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: