



Quillón, 14 JUL 2014

**VISTOS:**

- La Licencia Médica N° 1-32328313 de fecha 14 de Julio del 2014, de la Srta. Stefania Monsalves Bustos, emitida por la Dra. Valeria Parada Placencia, Médico General.
- El Decreto Alcaldicio N° 1.052 de fecha 01 de Diciembre de 2013, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2014 del Departamento de Salud.
- 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.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, 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.- Aceptase Licencia Médica N° 1-32328313 por 05 días, desde el 14 y hasta el 18 de Julio de 2014, a la **SRTA. STEFANIA MONSALVES BUSTOS**, Administrativo del Centro de Salud Familiar de Quillón.
- 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.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**  
**MINISTRO DE FE**

VPP/jsb.  
14.07.2014

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Srta. Stefania Monsalves B.



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**

"POR DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE"



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIEN, 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. N° 3.1984

## N° 1 - 32328313

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**MONSALVES BUSTOS STEFANIA**

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN



**14 07 14**

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

**14 07 14**

DIAS MES AÑO

**27**

EDAD

**F**

SEXO

**05**

N. DE DIAS

**CINCO**

N. DE DIAS EN PALABRAS

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hipomotor de un año y post-natales

Art. 199 y 200 Art. 180 del Código de Procedimiento Civil (Decreto Ley 2191)

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

**1**

- 1 - ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 - PRORROGA MEDICINA PRIVATIVA
- 3 - LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4 - ENFERMEDAD GRAVE HIPOMOTOR MENOR DE UN AÑO
- 5 - ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 - ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 - PATOLOGIA DEL EMBARAZO

REPERIBILIDAD LABORAL **1**

1 - SI 2 - NO

INICIO DE AÑO DE INVALIDEZ **2**

1 - SI 2 - NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIAS MES AÑO

HORA MINUTOS

1 - SI 2 - NO

TRAYECTO

FECHA DE LA CONCEPCION

DIAS MES AÑO

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

**1**

- 1 - REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 - REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA

REPOSO PARCIAL

- A - MAÑANA
- B - TARDE
- C - NOCHE

LUGAR DE REPOSO **1**

- 1 - SU DOMICILIO
- 2 - HOSPITAL
- 3 - OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO CASO

TELEFONO (PERSONAL DE CONTACTO)

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**PARADA PLACERDIA VALEN**

NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

*General*

ESPECIALIDAD

**1**

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

REGISTRO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

FECHA DE EMISION

*Dr. Valeria Parada...*

258163

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

FECHA DE EMISION DE LA LICENCIA

*[Signature]*



FECHA	HORA	MINUTOS	FECHA	HORA	MINUTOS	FECHA	HORA	MINUTOS
2014	03	05	2014	03	05	2014	03	05
2014	03	13	2014	03	13	2014	03	13
2014	05	20	2014	05	20	2014	05	20
2014	09	05	2014	09	05	2014	09	05
2014	09	09	2014	09	09	2014	09	09
2014	09	22	2014	09	22	2014	09	22

FECHA DE EMISION DE LA LICENCIA

1 - SI 2 - NO

FECHA DE EMISION DE LA LICENCIA