



DECRETO ALCALDICIO N° 1414

Quillón, 19 JUN 2014

**VISTOS:**

- La Licencia Médica N° 1-32098015 de fecha 19 de Junio del 2014, de la Srta. Sonia Espinoza Campos, emitida por el Dr. Álvaro San Martín Correa, Odontólogo.
- 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° 818 de fecha 26 de Septiembre de 2013, que nombra como Secretario Municipal (S) al Sr. Jorge Paredes Paredes.
- 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° 1-32098015 por 03 días, desde el 19 y hasta el 20 de Junio del 2014, a la **SRTA. SONIA ESPINOZA CAMPOS**, Administrativo del Centro Comunitario de Salud Familiar El Casino de Quillón.
- 2.- De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele 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**

  
  
**JORGE PAREDES PAREDES**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**  
**MINISTRO DE FE**

  
  
**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
**"POR DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE"**

  
ELS/jsb.  
19.06.2014

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Srta. Sonia Espinoza C.



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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. N° 3/1984.

## N° 1 - 32098015

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA CAMPOS SONIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES



19 06 14

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

19 06 14

DIA MES AÑO

44

EDAD

M O F

F

SEXO

02

N° DE DIAS

DOS DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

( Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo ) y juicio de adopción plena ( Ley 18.867 ).

Fecha de nacimiento

Empty boxes for child identification

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Empty boxes for child identification

RUN

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

1

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 = PRORROGA 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 = 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

Empty date boxes

DIA MES AÑO

Empty time boxes

HORA MINUTOS

TRAYECTO  1 = SI  2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

Empty date boxes

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 ( 3 )

DIRECCION : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) :

Firma del trabajador

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

SAN MARTIN CONREA ALVARO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

CIRUJANO DENTISTA

ESPECIALIDAD

2

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

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

47-1973151

Firma profesional

### NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Redacted area with signature

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	11	2014	18	06	2014
01	09	2014	05	05	2014

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

1 = SI  2 = NO

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

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 C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

**C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD QUILLON DPTO SALUD

RUN: 61972800-9 TELEFONO: 42-2207149 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 190614

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: FRANCISCO JUZUETA 159

COMUNA: QUILLON CIUDAD: QUILLON CODIGO COMUNAL USO COMPIN: [ ]

**ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR**

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.  
 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.  
 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS  
 3 = CONSTRUCCION  
 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.  
 5 = COMERCIO  
 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.  
 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS.  
 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.  
 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA.

9

**OCUPACION**

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO  
 12 = PROFESOR.  
 13 = OTRO PROFESIONAL.  
 14 = TECNICO  
 15 = VENDEDOR.  
 16 = ADMINISTRATIVO.  
 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.  
 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.  
 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

19  
 Administrativo

**C.2. IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**

**REGIMEN PREVISIONAL**

1 = D.L. 3501 INP.  
 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: 01 A LETRA (CAJA PREV.)  
 NOMBRE INT. PREV: CUPREM

**CALIDAD DEL TRABAJADOR**

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.  
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.  
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

4

**FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**SEGURO DE DESEMPLEO**

-Trabajador Afiliado a AFC  1 = SI  
 2 = NO  
 -Contrato de duracion indefinida  1 = SI  
 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 16 11 12 DIA MES AÑO

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 16 11 12 DIA MES AÑO

**ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION**

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7**

C A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.C.A.F  
 D = EMPLEADOR

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6**

F E = SERVICIO DE SALUD  
 F = MUTUAL  
 G = INP  
 H = EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES

**C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COGITAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-366380 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

( INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD )

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E
	03	2014			760.497		
	04	2014			1.069.370		
	05	2014			760.497		

**% DESAHUCIO**

11,48

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

\$ [ ]

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES ( TIPO 3 ) SE DEBE LLENAR ADEMAS EL RECUADRO SIGUIENTE

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	N° DE DIAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.