



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 1423 /

Quillón, 20 JUN 2014

VISTOS:

- La Licencia Médica N° 1-32328121 de fecha 18 de Junio del 2014 de la Srta. Yilda Letelier Fierro, emitida por el Dr. Luis Molina Díaz, Médico Cirujano.
- 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° 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.
- 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° 1-32328121 por 02 días, desde el 19 al 20 de Junio del 2014, a la **SRTA. YILDA LETELIER FIERRO**, Directora Departamento de Salud Municipal 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.- Nómbrase como subrogante de su cargo a la Sra. **EUGENIA LÓPEZ SANDOVAL**, Directora del Centro de Salud Familiar de Quillón (CESFAM) o quien la Subroge, por los días anteriormente mencionados.
- 4.- Tramítese dicha licencia y comuníquese de la subrogancia del cargo.

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



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



**ALBERTO GYHRA SOTO**  
ALCALDE

VPM/YLF/jsb.  
18.06.2014

DISTRIBUCIÓN

- Archivo Secretaria Municipal.
- Archivo Depto. de Salud de Quillón.
- Archivo Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Srta. Yilda Letelier F.



# 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 - 32328121

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

LETELIERA FIERRO YILDA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

18 06 14

FECHA EMISION LICENCIA

19 06 14

FECHA INICIO DE REPOSO

19 06 14

DIA MES AÑO

48

EDAD

F

M o F

SEXO

02

N° DE DIAS

[Empty boxes for N° DE DIAS EN PALABRAS]

N° DE DIAS EN PALABRAS

[Empty boxes for FECHA DE NACIMIENTO]

FECHA DE NACIMIENTO

[Empty boxes for RUN]

RUN

#### 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 ).

[Empty boxes for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES]

#### 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 boxes for DIA, MES, AÑO]

DIA MES AÑO

[Empty boxes for HORA, MINUTOS]

HORA MINUTOS

TRAYECTO  1 = SI  2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

[Empty boxes for MES, AÑO]

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 ) :

[Handwritten signature]

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NOLINA DIAZ LUIS ROMERO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

ESPECIALIDAD

1

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

31453 -6

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

luis.romero@urp.net

CORREO ELECTRONICO

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

[Handwritten signature and stamp: DIRECCION SALUD MUNICIPAL QUILLON, MUNICIPALIDAD DE QUILLON]

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA			
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	01	03	05	2014	03	03	2014
02	02	10	04	2014	11	04	2014
06	06	15	05	2014	20	05	2014
01	01	03	06	2014	03	06	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 a la concepción del documento.

1 = SI  2 = NO

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

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD QUILOX DPTO. SALUD

RUN: 61972800-9 TELEFONO: 42-2207149 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 18/06/14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: FRANCISCO UNZUETA 159

COMUNA: QUILOX CIUDADELA: QUILOX 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**  
 Contador Auditor

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.

**2**

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

**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.

**1**

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAFF: [ ]

**SEGURO DE DESEMPLEO**

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

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: 02/04/97

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: 02/04/97

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

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

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

**B**

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 o 6**

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

**F**

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: ISAPRE BANMEDICA

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 UOPTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-908/80 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		% DESAHUCIO
	MES	ANO	N° DE DIAS	B	C	D	E	
	03	2014			1.706.784			11,2%
	04	2014			1.718.818			
	05	2014			1.714.865			

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia medica (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	ANO	N° DE DIAS	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.