I.MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN
****

DECRETO ALCALDICIO Nº 1.449 /

Quillón, 23 JUN 2014

VISTOS:

- La Licencia Médica Nº 1-32098011 de fecha 13 de Junio del 2014, de la Srta. Andrea Morales Mansilla, emitida por el Dr. Álvaro San Martin 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 Nº 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio Nº 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subrogue.
- El Decreto Alcaldicio Nº 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 Nº 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio Nº 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley Nº 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 Nº 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES,** de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

1.- Aceptase 01 día de Licencia Médica N° 1-32098011, por el día 12 de Junio de 2014, a la **SRTA. ANDREA MORALES MANSILLA,** Administrativo del Centro Comunitario de Salud Familiar El Casino de Quillón.

2.- De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenérsele la remuneración integra, 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

I. MUNICIPALIDAD QUILLÓN SECRETARIO MUNICIPAL

EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

I. MUNICIPALIDAD QUILLÓN ADMINISTRADOR MUNICIPAL

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

YLF/jsb.
13.06.2014

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Srta. Andrea Morales M.

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.

Nº 1 - 32098011

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
MORALES	MANSILLA	ANDREA	[redacted]

FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	EDAD	SEXO
13/06/14	12/06/14 (DIA / MES / AÑO)	28	F

Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS
01	UN DIA

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 guicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	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 (1 = SI, 2 = NO)

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: (DIA / MES / AÑO)

HORA / MINUTOS

TRAYECTO: (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION: (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, Nº, DEPTO., COMUNA: [redacted]

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): [redacted]

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	(1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)
SAN MARTIN	CORREA	ALVARO	CIRUJANO DENTISTA	2

[redacted]

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL | CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

DIRECCION SALUD MUNICIPAL

DESDE: DIA / MES / AÑO			HASTA: DIA / MES / AÑO			TOTAL DIAS

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.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD QUILLON DPTO SALUD

RUN: 61972800-9

TELEFONO: 42-2207149

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: DIA 13 MES 06 AÑO 14

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: FRANCISCO UNZUETA 159

COMUNA: QUILLON

CIUDAD: QUILLON

CODIGO COMUNAL USO COMPIN:

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	
8	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

OCUPACION	
19	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) Administrativo

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF:

REGIMEN PREVISIONAL

2 — 1 = D.L. 3500 INP; 2 = D.L. 3500 A.F.P.

CODIGO: 01 LETRA (CAJA PREV.): A

NOMBRE INST. PREV.: HABITAT

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

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador Afiliado a AFC: 1 = SI 2 = NO

Contrato de duracion indefinida: 1 = SI 2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: DIA 23 MES 03 AÑO 12

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: DIA 01 MES 04 AÑO 14

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	
C	A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.F. D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 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 COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 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	
	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					
	04	2014			363.186		
	05	2014			363.186		

% DESAHUCIO: 11,27

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 septimo 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.

— CONTINUA

— CONTINUA