



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 3721 /

Quillón, 21 NOV 2014

VISTOS:

- 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° 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. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

Nº de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
2-45434798	Stefania Monsalves Bustos	Administrativo OIRS CESFAM Quillón	05	17.11.2014	21.11.2014
1-32098123	Claudia Coloma Parra	Técnico Paramédico CESFAM Quillón	01	18.11.2014	18.11.2014
3-229295-5	Daniela Sánchez Saldías	Encargada Adquisiciones DESAMU Quillón	02	17.11.2014	18.11.2014

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. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



NESTOR CID PEDREROS
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)
"POR DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE"

YLF/jsb.
20/11.2014

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)



Licencia Médica

Nº 2-45434798

La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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 A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO MONSALVES **APELLIDO MATERNO** BUSTOS **NOMBRES** STEFANIA
FECHA EMISION LICENCIA 18/11/14 **FECHA INICIO DE REPOSO** 17/11/14 **RUN** 090986 **EDAD** 28 **M ó F** F **SEXO** F
Nº DE DÍAS 05 **Nº DE DÍAS EN PALABRAS** CINCO

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

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

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES** **RUN**
FECHA DE NACIMIENTO

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO 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 **DIA** **MES** **AÑO**
HORA **MINUTOS** **TRAYECTO** 1= SI 2= NO
FECHA DE LA CONCEPCION **MES** **AÑO**

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL **A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE**

LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
CALLE
Nº **DPTO**
VILLA O POBLACION
COMUNA
TELEFONO **CELULAR**
CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO PARADA **APELLIDO MATERNO** PLACENCIA **NOMBRES** VALERIA
RUN **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL**
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION **CALLE** **COMUNA**
ESPECIALIDAD General **1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA**
CORREO ELECTRONICO **Rut.:** **FIRMA DEL PROFESIONAL**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		MUNICIPALIDAD DE VALPARAISO		DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL		CENTRO DE SALUD MUNICIPAL		DIA		MES		AÑO		HASTA		TOTAL DIAS	
[Firma]		[Timbre]		[Timbre]		[Timbre]		10		10		2014		30		03	
								20		20		2014		10		01	
[Firma]		[Timbre]		[Timbre]		[Timbre]		10		10		2014		10		05	
								20		20		2014		10		01	
[Firma]		[Timbre]		[Timbre]		[Timbre]		10		10		2014		10		10	
								20		20		2014		10		01	
[Firma]		[Timbre]		[Timbre]		[Timbre]		10		10		2014		10		10	
								20		20		2014		10		01	

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

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

trabajados.	
1= SI	2= NO



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

N° 1 - 32098123

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

COLONA PANNA CLAUDIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES



18 11 14

FECHA EMISION LICENCIA

18 11 14

FECHA INICIO DE REPOSO

18 11 14

DIA MES AÑO

40

EDAD

F

M ó F

SEXO

01

N° DE DIAS

UNO

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).

[Redacted]

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

[Redacted]

FECHA DE NACIMIENTO

[Redacted]

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

1

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO

2

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

[Redacted]

DIA MES AÑO

[Redacted]

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

[Redacted]

FECHA DE LA CONCEPCION

[Redacted]

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

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

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

[Redacted]

- A = MAÑANA
- B = TARDE
- C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

1

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)



A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LA LA VE C I M O N I R A N D A A N D

[Redacted]

RUN

NOMBRES

[Signature]

FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD

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

2584630

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

Fuo Unveta ISP

[Signature]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

[Signature]



TOTAL DIAS		40			
DESDE	HASTA	13 10 2014	16 10 2014		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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

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 recepción del documento.

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 periodo 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.



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.
 *** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



N° 3 FOLIO: 229295-5

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SÁNCHEZ SALDÍAS DANIELA ALEJANDRA 23 F
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

2 - CELULAR 83637320
 CANAL EMAIL DATO

FECHA EMISION LICENCIA: 19 Dia, 11 Mes, 14 Año
 FECHA INICIO DE REPOSO: 17 Dia, 11 Mes, 14 Año
 N DE DIAS: 2
 N DE DIAS EN PALABRAS: DOS

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.
 (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18 867)

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 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 Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [Redacted]
 TRAYECTO: 1=Si, 2=No

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total
 2=Reposo Laboral Parcial
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL
 A=Manana
 B=Tarde
 C=Noche

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) g. [Redacted]

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ SALAZAR MARCELO EDUARDO [Redacted]
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

MEDICINA FAMILIAR 1=Medico, 2=Dentista, 3=Matrona 20702 MARCELO1545@VTR.NET
 ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509, QUILLON # QUILLON CHILE 422581945
 DIRECCION TELEFONO FAX

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio del reposo.



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

J. Municipalidad Quillón Dpto. Salud NOMBRE		61.942.800-9 RUN	207 149 TELEFONO	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
Fco. Urzueeta ISA Quillón DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		Quillón COMUNA	CIUDAD	19-11-2014	[]

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR <input checked="" type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, 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 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

REGIMEN PREVISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 INP <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo 01 Letra (Caja Prev.) A Nombre Int. Prev. HABITAT	CALIDAD TRABAJADOR <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duracion indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF [] [] [] Dia Mes Año	FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL 15-06-2010	FECHA CONTRATO DE TRABAJO 15-06-2010
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:		
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7 <input checked="" type="checkbox"/> A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6 <input checked="" type="checkbox"/> E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador	
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES		



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.



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 imposables excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B	C	D	E	% DESAHUCIO	
	08	2014			363.186			11,27
	09	2014			561.406			
	10	2014			374.291			\$

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imposables excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Ano	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imposables para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias	
A			B	C	D	E		

La informacion debe corresponder a los 3 meses anteriores al septimo u octavo mes que procede al inicio de la licencia medica, segun se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los dias efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Total Dias	Desde			Hasta		
	Dia	Mes	Ano	Dia	Mes	Ano
05	19	06	2014	23	06	2014
01	03	11	2014			
02	17	11	2014	18	11	2014



Art. 13 - El empleador debera presentar la licencia medica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente dentro de los tres dias habiles siguientes de recepcionado el documento.

-----COMPIN-----FONASA-----
 Salud Responde 600 360 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
 Estado Licencia 600 460 4600 www.fonasa.cl