



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

\*\*\*\*\*

**DECRETO ALCALDICIO N° 723 /**

Quillón, 24 ABR 2014

**VISTOS:**

- La Licencia Médica N° 1-32098241 de fecha 23 de Abril del 2014 de la Srta. Patricia Huenopil Rocha, emitida por el Dr. Fernando Valenzuela Valenzuela, Médico Cirujano.
- 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° 972 de fecha 20 de Noviembre 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° 1-32098241 por 02 días, desde el 23 y hasta el 24 de Abril de 2014, a la **SRA. PATRICIA HUENOPILO ROCHA**, Auxiliar de Servicios Menores del CESFAM 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**

YLF/jsb  
24.04.2014

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Sra. Patricia Huenopil R.

**VLADIMIR PENA MAHUZIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR DELEGACIÓN DE FACULTAD DEL ALCALDE"**



# 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 - 32098241

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: HUENORILE
 APELLIDO MATERNO: ROCHA
 NOMBRES: PATRICIA DEC C.



FECHA EMISION LICENCIA: 23/09/14

FECHA INICIO DE REPOSO: 23/09/14

EDAD: 49

M  F  
 SEXO

DÍAS: 02

N° DE DÍAS EN PALABRAS: DOS

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

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

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_
  APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_
  NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

#### 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 TRABAJADOR DEL TRAYECTO  
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL  
 7 = FACTOR OGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO  
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 1 = SI, 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJADOR DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_  
 DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

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 CALLE, N°, DEPTO., COMUNA: \_\_\_\_\_

TELEFONO / PERSONAL O DE CONTACTO (2): \_\_\_\_\_

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_
  APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_
  NOMBRES: Patricia Rojas

FIRMA DEL TRABAJADOR: Patricia Rojas

ESPECIALIDAD: ROCHA - C



REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 646777

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

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

NOMBRE, FIRMA Y FIRMADO DEL TRABAJADOR O TRABAJADOR EMPLEADO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MESES	DIA	MESES	DIA	MESES
04	01	04	11	04	11
01	01	21	11	21	11
01	01	23	12	23	12
04	01	01	10	01	10
04	01	14	10	14	10
01	01	05	10	05	10

ART. 13 - El trabajador deberá presentar la licencia médica...

INFORMACION DEL TRABAJADOR O TRABAJADOR EMPLEADO...

TRABAJADOR AUTÓNOMO O TRABAJADOR EMPLEADO...