



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 4052/

Quillón, 15 DIC 2014

VISTOS:

- La Licencia Médica N° 2-43173745 de fecha 10 de Diciembre del 2014 de la Sra. Julia Canto Quintana, emitida por el Dr. Arcadio Muñoz Quintana.
- El Decreto Alcaldicio N° 3515 de fecha 16.11.2014, que concede Feriado Legal.
- 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° 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 07 días de Licencia Médica N° 2-43173745, desde el 11 y hasta el 17 de Diciembre de 2014, a la **SRA. JULIA CANTO QUINTANA**, Secretaria de Finanzas del Departamento de Salud Municipal de 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.
- 4.- Déjese sin efecto 05 días de Feriado Legal, autorizado por Decreto Alcaldicio N° 3515/2014, desde el 15 al 19 de Diciembre del 2014.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



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

YLF/jsb
 11.12.2014

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Sra. Julia Canto Q.



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° 31984.

N° 2 - 43173745

SECCIÓN A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: **EAMTO** Apellido Materno: **QUINTANA** Nombres: **JULIA**



Fecha Emisión Licencia: **10/12/14**

Fecha Inicio de Reposo: **11/12/14**

Día: **11** Mes: **12** Año: **14**

Edad: **37**

M o F: **F** (Femenino) Sexo: **F**

N° de días: **07**

N° de días en palabras: **SIETE**

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: [Redacted]

Apellido Paterno: [Redacted] Apellido Materno: [Redacted] Nombres: [Redacted]

RUN: [Redacted]

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 Trámite de Invalidez: [] (SI) / [] (NO)

Fecha del accidente del trabajo o del trayecto: [Redacted]

Trayecto: [] (SI) / [] (NO)

Fecha de la concepción: [Redacted]

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: **2**

- 1 = SU DOMICILIO
- 2 = HOSPITAL
- 3 = OTRO DOMICILIO

Justificar si es otro (3): **Esweoales**

Teléfono (personal o de contacto): [Redacted]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Apellido Paterno: **MOROZ** Apellido Materno: **NOBREGA** Nombres: **ARCADIO**

Firma del Trabajador: *[Firma]*

Especialidad: **Otorrino**

1 (Médico) / 2 (Dentista) / 3 (Matrona)

N° de días: **63**

Correo electrónico: **arcadiomoroz@guapi.cl**

RUN: **11720**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Nombre, firma y timbre del empleador o trabajador independiente: *[Firma]*



DESDE		HASTA		TOTAL DIAS
DÍA	MES	DÍA	MES	
01	06	20	06	01
01	09	26	09	01
03	09	30	09	03

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 recepcionado el documento.

1 = SI [] 2 = NO []

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