



Quillón, 19 MAY 2014

VISTOS:

- La Licencia Médica N° 1-32328264 de fecha 15 de Mayo del 2014, de la Sra. Susana Concha Acuña, emitida por la Dra. Nadia Valdés Ruiz, 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° 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 Licencia Médica N° 1-32328264 por 07 días, desde el 16 y hasta el 22 de Mayo de 2014, a la **SRA. SUSANA CONCHA ACUÑA**, Auxiliar de Servicios Menores del Centro Comunitario de Salud Familiar El Casino de Quillón (CECOSF).
- 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

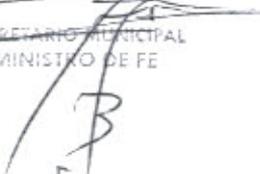


VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE"

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Sra. Susana Concha A.

ES COPIA DEL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA


SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas y la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reñer o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 1194.

N° 1 - 32328264

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

CONCHA ACUÑA SUSANA

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES



15 05 14

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

16 05 14

DIA MES AÑO

46

EDAD

M o F

F

SEXO

07

N° DE DIAS

S I E T E

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal.

(Art. 196 y 200 del Código de Trabajo y inciso de artículo 16 del Ley 18.667)

FECHA DEL NACIMIENTO

FECHA DEL NACIMIENTO

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUT

A.3. TIPO DE LICENCIA

1

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 = PROLONGACION MEDICA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL

2

1 = SI

2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

2

1 = SI

2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFECTO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAFECTO

HORA MINUTOS

TRAFECTO

1 = SI

2 = NO

FECHA DE LA CONSULTA

FECHA DE LA CONSULTA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

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

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

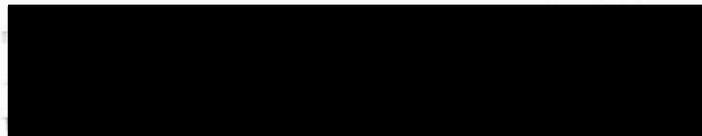
- A = MAÑANA
- R = TARDE
- C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO

1

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)



[Handwritten Signature]
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VACOS NUIA NADIA

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES



REGISTRO COLABORADOR PROFESIONAL

CORREO ELECTRÓNICO

ESPECIALIDAD

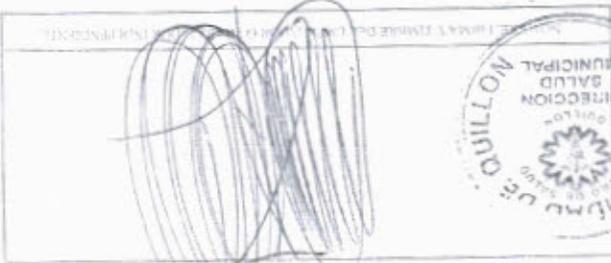
1

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

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES



FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
03	03	03	03	03	03
12	12	12	12	12	12
2013	2013	2013	2013	2013	2013
09	09	09	09	09	09
05	05	05	05	05	05
2014	2014	2014	2014	2014	2014
HASTA	HASTA	HASTA	HASTA	HASTA	HASTA
TOTAL DIAS					

Art. 15 - El profesional deberá presentar la licencia médica...

...LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES...