



Quillón, 07 MAY 2014

**VISTOS:**

- La Licencia Médica N° 2-44393263 de fecha 07 de Mayo del 2014 del Sr. Francisco Guajardo Martínez, emitida por el Dr. Gustavo Muñoz Henríquez, Traumatólogo.
- 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° 818 de fecha 26 de Septiembre de 2013, que nombra como Secretario Municipal (S) al Sr. Jorge Paredes Paredes.
- 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° 365/2009, que nombra como Administrador Municipal (S) al Director de SECPLAN de la Ilustre Municipalidad de Quillón.
- 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° 2-44393263 por 14 días, desde el 07 y hasta el 20 de Mayo de 2014, al **SR. FRANCISCO GUAJARDO MARTINEZ**, Técnico en Enfermería de la Posta de Liucura Alto 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.- Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE POR SECRETARIA MUNICIPAL**



**JORGE PAREDES PAREDES**  
SECRETARIO MUNICIPAL (S)  
MINISTRO DE FE



**RICARDO NEIRA ARIAS**  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)  
"POR DELEGACION DE FACULTAD DEL ALCALDE"

YLB/jsb  
07 de 2014

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Sr. Francisco Guajardo M.

ES COPIA FIEL 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) de ISAPRES, en su caso, podrá rechazar o aprobar las licencias médicas, su duración y el período de reposo solicitado o cambio de total a parcial y viceversa. Art. 15 D.S. N.º 2.194

Nº 2 - 44393263

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**Apellido Paterno:** EVAJARDO **Apellido Materno:** MARTINEZ **Nombres:** FRANCISCA  
**Fecha Emisión Licencia:** 060514 **Fecha Inicio de Reposo:** 070514 **Ciudad:** 44 **Sexo:** M  
**Categoría:** 14 **N.º de Días en Paréntesis:** CATORCE

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y postnatales.

**Apellido Paterno:** [ ] **Apellido Materno:** [ ] **Nombres:** [ ] **Sexo:** [ ]  
**Ciudad de Nacimiento:** [ ]

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1 - ENFERMEDAD / ACCIDENTE COMUN.  
 2 - PROBLEMA MEDICO ESPECIALISTA  
 3 - LICENCIA MATERNAL (PRE Y POST NATA)  
 4 - INCAPACIDAD GRAVE HIJO MENOR DE UN AÑO  
 5 - ACCIDENTE DEL TRABAJADOR DE TRABAJO  
 6 - ENFERMEDAD PROFESIONAL  
 7 - FALTA OCASA DEL EMPLEADO  
 8 - SI  9 - NO **Incidencia Trámite de Invalidez:**  1 - SI  2 - NO  
**Fecha del Accidente del Trabajador (AAAA/MM/DD):** [ ] **Días / Mes / Año**  
**Horas / Minutos:** [ ]  SI  NO **Trabajo:**  
**Fecha de la Consulta:** [ ] **Mes / Año**

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 - REPOSO LABORAL TOTAL  2 - REPOSO LABORAL PARCIAL  
**Lugar de Reposo:**  1 - SI DOMICILIO  2 - HOSPITAL  3 - OTRO DOMICILIO  
**Justificar sus otros (2):** *Wm*  
**Dirección (Calle, N.º, Depto. Comuna):** [ ]  
**Teléfono Personal / de Contacto:** [ ]

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**Apellido Paterno:** HUÑOZ **Apellido Materno:** MENRIAJEL **Nombres:** GUSTAVO  
**Rol:** 2431930 **Registro Colegial Profesionista:** 104224-4 **Categoría:** 1  
**Dirección:** Av. Vuelcos 10000 35 **Abogado/Defensor:** [ ] **Carácter Profesional:** [ ]

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

[ ] **COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MEDICO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION**  


FECHA	INDICE	FECHA	INDICE
04	20	04	20
04	20	04	20
04	20	04	20
04	20	04	20
04	20	04	20

EL CASO DE REPOSICION DEL TRABAJADOR...  
 EL CASO DE REPOSICION DEL TRABAJADOR...  
 EL CASO DE REPOSICION DEL TRABAJADOR...