



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 3342/

Quillón, 28 OCT 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° 972 de fecha 20 de Noviembre de 2013, que Designa al Administrador Municipal como Alcalde Subrogante.
- 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:

N° de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
1-33653906	Yilda Letelier Fierro	Directora DESAMU Quillón	02	23.10.2014	24.10.2014
1-32328035	María Herrera Pedreros	Técnico en Enfermería CESFAM Quillón	04	25.10.2014	28.10.2014
1-33645118	Jorge Guajardo Zurita	Técnico Paramédico CESFAM Quillón	03	27.10.2014	29.10.2014

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

**VLADIMIR PEÑA MAHUIER**  
ALCALDE (S)

YLF/jsb.  
27.10.2014

**DISTRIBUCIÓN:**

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





# Licencia Médica

Nº1- 33653906

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 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 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

LETELIER FIERRO YILDA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 241014 231014  
 FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO  
 02 DOS  
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

[Redacted]  
 200166 48 F  
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

### 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).

[Redacted]  
 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 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)

PARADA PLACENCIA VALENTIA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

General ESPECIALIDAD  
 Vapp-20@hotmail.com CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 FRANCISCO UNZUETA  
 CALLE Nº  
 Quilicura COMUNA

159 Nº  
 47 2581860  
 FIRMAS DEL TRABAJADOR  
 FIRMAS PROFESIONALES

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DESD E		HASTA		TOTAL DIAS	
DI A	MES	DI A	MES	DI A	MES
02	03	02	03	02	03
03	03	03	03	03	03
04	03	04	03	04	03
05	03	05	03	05	03
06	03	06	03	06	03
07	03	07	03	07	03
08	03	08	03	08	03
09	03	09	03	09	03
10	03	10	03	10	03
11	03	11	03	11	03
12	03	12	03	12	03
13	03	13	03	13	03
14	03	14	03	14	03
15	03	15	03	15	03
16	03	16	03	16	03
17	03	17	03	17	03
18	03	18	03	18	03
19	03	19	03	19	03
20	03	20	03	20	03
21	03	21	03	21	03
22	03	22	03	22	03
23	03	23	03	23	03
24	03	24	03	24	03
25	03	25	03	25	03
26	03	26	03	26	03
27	03	27	03	27	03
28	03	28	03	28	03
29	03	29	03	29	03
30	03	30	03	30	03
31	03	31	03	31	03
01	04	01	04	01	04
02	04	02	04	02	04
03	04	03	04	03	04
04	04	04	04	04	04
05	04	05	04	05	04
06	04	06	04	06	04
07	04	07	04	07	04
08	04	08	04	08	04
09	04	09	04	09	04
10	04	10	04	10	04
11	04	11	04	11	04
12	04	12	04	12	04
13	04	13	04	13	04
14	04	14	04	14	04
15	04	15	04	15	04
16	04	16	04	16	04
17	04	17	04	17	04
18	04	18	04	18	04
19	04	19	04	19	04
20	04	20	04	20	04
21	04	21	04	21	04
22	04	22	04	22	04
23	04	23	04	23	04
24	04	24	04	24	04
25	04	25	04	25	04
26	04	26	04	26	04
27	04	27	04	27	04
28	04	28	04	28	04
29	04	29	04	29	04
30	04	30	04	30	04
31	04	31	04	31	04

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





# 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 - 32328035

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

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

HERRERA PEDREGROS MARIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

24 10 14

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

25 10 14

DIA MES AÑO

41

EDAD

M 6 F

F

SEXO

04

N° DE DIAS

CUATRO

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 ).

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

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

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

- 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 )

[Redacted area for justification]

[Signature]

FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CERON GONZALEZ CAMILA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Médico General

ESPECIALIDAD

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

34.311-0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

[Signature and stamp of Contraloría Médica]

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
2014	05	20	2014	05	23
2014	06	01	2014	06	01
2014	06	01	2014	06	01
2014	06	01	2014	06	01

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 recepcionado el documento.

1 = SI  2 = NO

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 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.





# Licencia Médica

Nº 1- 33645118

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

6 U A S A R D O      Z U N I T A      S O R G E

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES

27 10 14      29 10 14      20 03 58      56      M

FECHA EMISION LICENCIA      FECHA INICIO DE REPOSO      DIA      MES      AÑO      FECHA DE NACIMIENTO      EDAD      SEXO

03      TRES

Nº DE DIAS      Nº DE DIAS EN PALABRAS

### 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).

APPELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      FECHA DE NACIMIENTO      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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO  
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL  
7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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)

NO L I N A      D I A L      L U I S      E N R I Q U E      R A D O

APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES      ESPECIALIDAD

RUN      3 1 4 5 3 - 6      L U I S      M O L I N O S      D E      V T H .      N E T

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL      CORREO ELECTRONICO

FRANCIS CO      V I Z U E R A      159

CALLE      Nº      FIRMA DEL PROFESIONAL

1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

42 2581022

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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.

1= SI      2= NO

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2014 08 12	2014 08 12	01
2014 08 20	2014 08 12	05
2014 08 05	2014 08 05	01

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