

192381



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 34021

Quillón, 25 AGO 2015

VISTOS:

- La Licencia Médicas de Fernando Valenzuela, Luisa Pérez, María Sepúlveda y Laura Villagrán.
- 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 Subroge.
- 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.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 del Departamento de Salud.
- 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	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-35050053	Fernando Valenzuela Valeunzuela	[REDACTED]	Médico CESFAM	01	19/08/2015	19/08/2015	BANMEDICA
1-34978379	Luisa Pérez Cárdenas	[REDACTED]	Enfermera CECOSF	01	19/08/2015	19/08/2015	MAS VIDA
1-34978377	María Sepúlveda Contreras	[REDACTED]	TENS CECOSF	02	19/08/2015	20/08/2016	FONASA
1-35050106	Laura Villagrán Merino	[REDACTED]	Secretaria CESFAM	02	20/08/2015	21/08/2015	MAS VIDA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenersele la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

YLF/jsb.
24.08.2015

DISTRIBUCIÓN:

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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



Licencia Médica

N°1- 35050053

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. N°3/1984.

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

VALENZUELA VALENZUELA FERN

APELLIDO PATERNO: 190815
FECHA EMISION LICENCIA: 01
APELLIDO MATERNO: UNO
FECHA INICIO DE REPOSO: 190815
DIA MES AÑO
NOMBRES: [Redacted]
N° DE DIAS: 01
N° DE DIAS EN PALABRAS: UNO

RUN: [Redacted]
M ó F: M
FECHA DE NACIMIENTO: 041086
EDAD: 28
SEXO: M

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).

APELLIDO PATERNO: [Redacted]
APELLIDO MATERNO: [Redacted]
NOMBRES: [Redacted]
FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]
RUN: [Redacted]

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: [Redacted]
N°: [Redacted], DPTO: [Redacted]
VILLA O POBLACION: [Redacted]
TELEFONO: [Redacted]
CORREO ELECTRONICO: [Redacted]

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

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Handwritten Signature]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

BREVIS CARTES CARLA
APELLIDO PATERNO: [Redacted]
APELLIDO MATERNO: [Redacted]
NOMBRES: [Redacted]
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 34300-5

MEDICO COMUNITARIO
ESPECIALIDAD: [Redacted]
CORREO ELECTRONICO: cl.brevis@gmail.com
1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: FRANCISCO ONZUETA
CALLE: [Redacted]

N°: 159
FIRMA DEL PROFESIONAL: [Handwritten Signature]

QUI: [Redacted]
COMUNA: [Redacted]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Table with columns: MUNICIPALIDAD, MUNICIPIO, AÑO, DIA, MES, HASTA, DESDE, TOTAL DIAS. Includes a stamp from the Municipalidad de Quilón.

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.

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

trabajados: [Redacted]



Licencia Médica

Nº 1-34978379

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 periodo 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 periodo 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

PEREZ CARDENAS WILSA MARISOL

APELLIDO PATERNO: PEREZ
 APELLIDO MATERNO: CARDENAS
 NOMBRES: WILSA MARISOL
 FECHA EMISION LICENCIA: 200815
 FECHA INICIO DE REPOSO: 190815
 DIA: 19, MES: 08, AÑO: 15
 FECHA DE NACIMIENTO: 110969
 EDAD: 45
 SEXO: F
 Nº DE DIAS: 01
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal(es). (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: _____
 APELLIDO MATERNO: _____
 NOMBRES: _____
 RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

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: _____
 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 (3)
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: _____
 DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 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)

VALENZUELA VALENZUELA FERNANDO General
 APELLIDO PATERNO: VALENZUELA
 APELLIDO MATERNO: VALENZUELA
 NOMBRES: FERNANDO
 ESPECIALIDAD: General
 RUN: _____
 REGISTRO COLEGIO-PROFESIONAL: 322873
 CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: F. Unzuebo
 CALLE: _____
 COMUNA: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
01	09 04 2015	09 04 2015
02	23 06 2015	24 06 2015

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.



Licencia Médica

Nº1-34978377

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

APELLIDO PATERNO: Leñuleda APELLIDO MATERNO: Contreras NOMBRES: Mónica Alejandra
 FECHA EMISION LICENCIA: 200815 FECHA INICIO DE REPOSO: 190815
 N° DE DIAS: 02 DÍOS: Dios N° DE DIAS EN PALABRAS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/88 EDAD: 26 SEXO: F

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).

APELLIDO 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

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 HORA MINUTOS: _____ TRAYECTO: 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: _____

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 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: _____
 CALLE: _____
 N°: _____
 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)

APELLIDO PATERNO: Volenzuela APELLIDO MATERNO: Volenzuela NOMBRES: Fernando
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 32287-3
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: J. Unzueta
 CALLE: _____
 COMUNA: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 ESPECIALIDAD: GIAT 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 CORREO ELECTRONICO: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		HASTA			DESDE			TOTAL DIAS
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	DIA		
2015	05	31	2015	05	31	05	05	
2015	06	01	2015	06	01	01	01	
2015	06	02	2015	06	02	02	02	
2015	06	03	2015	06	03	03	03	
2015	06	04	2015	06	04	04	04	
2015	06	05	2015	06	05	05	05	
2015	06	06	2015	06	06	06	06	
2015	06	07	2015	06	07	07	07	
2015	06	08	2015	06	08	08	08	
2015	06	09	2015	06	09	09	09	
2015	06	10	2015	06	10	10	10	
2015	06	11	2015	06	11	11	11	
2015	06	12	2015	06	12	12	12	

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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.	1= SI	2= NO
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Licencia Médica

Nº1- 35050106

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 omisión 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

APELLIDO PATERNO: **ULLA GRAN** APELLIDO MATERNO: **HERNANDEZ** NOMBRES: **LAURA** RUN: **[REDACTED]** M/F: **F**
 FECHA EMISION LICENCIA: **19 08 15** FECHA INICIO DE REPOSO: **20 08 15** DIA MES AÑO
 FECHA DE NACIMIENTO: **24 03 56** EDAD: **59** SEXO: **F**
 Nº DE DIAS: **02** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **DOS**

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).

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____

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**

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
 - 2= REPOSO LABORAL PARCIAL
- 1**
- SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE
- LUGAR DE REPOSO: **1** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
- JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
- DIRECCION DE REPOSO: **[REDACTED]**

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____ DIA MES AÑO

HORA MINUTOS: _____ TRAYECTO: **1** 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____ MES AÑO

VILLA O POBLACION: **[REDACTED]**

TELEFONO: **[REDACTED]**

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)

APELLIDO PATERNO: **NO LINA** APELLIDO MATERNO: **DIAZ** NOMBRES: **LUIS ENRIQUE** ESPECIALIDAD: **1**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **31 453 6** CORREO ELECTRONICO: **603 Quilón @ sunil ca**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO UNWEYA**
 FIRMA DEL TRABAJADOR: **[REDACTED]**
 FIRMA DEL PROFESIONAL: **[REDACTED]** 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		HASTA		DESDE		TOTAL DIAS
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	
2015	03	29	2015	03	29	03
2015	03	29	2015	03	29	03
2015	03	29	2015	03	29	03

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.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

