



Quillón, 09 DIC 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médica de Luisa Pérez y Claudio Pérez.
- 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.
- 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:

- 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
1-35050177	Luisa Pérez Cárdenas		Enfermera CESFAM	01	02/12/2015	02/12/2015	MAS VIDA
3-72069498	Claudio Pérez Godoy		TENS CESFAM	15	01/12/2015	15/12/2015	FONASA

- De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración integral, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
- Tramítese 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.
04.12.2015

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

Nº1- 35050177

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

PEREZ CARRERAS LUISA MARISOL														
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES				
021215					021215									
FECHA EMISION LICENCIA					DIA MES AÑO									
09					UN DIA									
Nº DE DIAS					Nº DE DIAS EN PALABRAS									

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Solo 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									

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	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1= SI
	2= NO		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	A= MAÑANA
REPOSO PARCIAL	B= TARDE
	C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO	1= SU DOMICILIO	2= HOSPITAL	3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION DE REPOSO			
Nº			
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)

SAN MARTIN CORREA ALVARO																			
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES									
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL									
FRANCISCO UNZUETA										159									
CALLE										Nº									
QUILIN										COMUNA									

CURRULO DENTISTA									
ESPECIALIDAD									
alvarosme@gmail.com									
CORREO ELECTRONICO									
FIRMA DEL TRABAJADOR									
FIRMA DEL PROFESIONAL									

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE									
MUNICIPALIDAD DE QUILIN									
DIRECCION DE SALUD									
CENTRO DE SALUD									
DIA									
MES									
AÑO									
HASTA									
DIA									
MES									
AÑO									
DESDE									
DIA									
MES									
AÑO									
TOTAL DIAS									

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

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° 3 007206949-8

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P	E	R	E	Z						G	O	D	O	Y			C	L	A	U	D	I	O		O	R	L	A		
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO						NOMBRES														
0	2	1	2	2	0	1	5			0	1	1	2	2	0	1	5			3	2	M								
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO												
1	5							Q	U	I	N	C	E																	
Nº DE DÍAS								Nº DE DÍAS EN PALABRAS																						

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	

RECUPERABILIDAD	<input type="text" value="1"/>	1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="text" value="2"/>	1 = SI
LABORAL		2 = NO	INVALIDEZ		2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DÍA		MES		AÑO	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRAYECTO	<input type="text"/>	1 = SI		
HORA MINUTOS						2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	MES		AÑO			

1 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____

E G A S										R E V E L O										G O N Z A L O										M A U R																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN																			
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										MEDICINA INTERNA										<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 5px;"> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA </div>																			
41-2985099/										Dirección Jorge Alessandri 2047, Hualpén										Documento firmado electrónicamente																													
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																													

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
Otorgada para cotizante FONASA

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° 3 007206949-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

2. MUNICIPALIDAD																				QUILLON Dpto. SALUD									
RAZON SOCIAL EMPLEADOR																													
61942800										9 42-2707149					03122015														
RUN										TELEFONO										FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DMMAAAA)									
FRANCISCO UNZUETA IS9																													
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																													
QUILLON										CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN																			
COMUNA																													

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TECNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

rec. en Enfermería

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

2 1= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE
INT. PREV. HABITAT

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
☐ 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
2 = NO

C	1	1	0	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

0	1	1	0	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 6 7

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input checked="" type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD
<input type="checkbox"/>	F = MUTUAL
<input type="checkbox"/>	G = INP
<input type="checkbox"/>	H = EMPLEADOR

[illegible]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

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° 3 007206949-8

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.

(INFORMACIÓN DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° D'AS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E
	09	2015					
	10	2015					
	11	2015					

% DESAHUCIO

Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	Nº DÍAS
	A			B	C	D	E

La información debe
corresponder a los 3 meses
anteriores al séptimo u
octavo mes que precede al
inicio de la licencia médica,
según se trate de trabajador
dependiente o independiente,
respectivamente.

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

☐ 1 = SI
☐ 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o Isapre
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO



NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE