



Quillón, 17 DIC 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médica de Eugenia López, Jorge Zuñiga, Teresa Orostica, Jeannette Sagredo, Viviana Muñoz y Jessica Garcia.
- 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
1-35050085	Eugenia López Sandoval		Directora CESFAM	01	11/12/2015	11/12/2015	CONSALUD
1-34823086	Jorge Zuñiga Arizaga		Médico CESFAM	02	14/12/2015	15/12/2015	CONSALUD
2-49561072	Teresa Orostica Osorio		Téc. Dental CECOSF	05	14/12/2015	18/12/2015	FONASA
2-48242054	Jeannette Sagredo Balboa		Secretaria DESAMU	01	14/12/2015	14/12/2015	FONASA
2-48242051	Viviana Muñoz Vásquez		Administrativo CESFAM	01	14/12/2015	14/12/2015	FONASA
2-48242052	Jessica Garcia San Martin		TENS CESFAM	04	15/12/2015	18/12/2015	FONASA

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. Tramitese 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.
16/12/2015

DISTRIBUCIÓN:

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



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



Licencia Médica

Nº1- 35050085

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

LOPEZ SANDOVAL EUGENIA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 151215 FECHA INICIO DE REPOSO 111215 DIA MES AÑO
 01 UNO - Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS
 140656 59 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 18.857).

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

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

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

BREVIS CARTES CARLA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 343005 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
 MEDICO-CERVIANO ESPECIALIDAD
 cl.brevis@gmail.com CORREO ELECTRONICO
 FRANCISCO UNZUETA
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 CALLE
 Quiñ COMUNA
 159 Nº
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

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.

1= SI 2= NO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

Nombre, Firma y Timbre del Empleador o Trabajador Independiente

MUNICIPALIDAD DE QUIÑ



Licencia Médica

Nº 2-49561072

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

APELLIDO PATERNO: **OBSTETRICA OSORZIO TERESA**
 APELLIDO MATERNO: **CINCO**
 NOMBRES: **TERESA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **14/12/15**
 FECHA INICIO DE REPOSO: **14/12/15**
 DIA: **14** MES: **12** AÑO: **15**
 Nº DE DIAS: **05** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

RUN: **15106451**
 FECHA DE NACIMIENTO: **15/10/64**
 EDAD: **51**
 M O F: **F**
 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: _____
 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** 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= 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** 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: _____
 Nº: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: _____
 TELEFONO: _____
 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: **PARADA PLACENCIA VALENIA**
 APELLIDO MATERNO: _____
 NOMBRES: **VALENIA**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PRAT**
 CALLE: **QUELLÓN**
 COMUNA: _____

ESPECIALIDAD: **General**
 CORREO ELECTRONICO: **uopp20@hotmail.com**
 Nº: **622**
 Rut.: _____
 MÉDICO CIRUJANO
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA: _____
 TIMBRE MUNICIPAL: _____
 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.

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
03	03/12/2015	09/12/2015
08	10/12/2015	17/12/2015
03	18/12/2015	20/12/2015

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.



Licencia Médica

Nº2- 48242054

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

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**
 SAGREDO BALBOA JEANNETTE [REDACTED]
FECHA EMISION LICENCIA **FECHA INICIO DE REPOSO** **DIA** **MES** **AÑO**
 14 12 15 14 12 15
Nº DE DIAS **Nº DE DIAS EN PALABRAS**
 01 UNO
RUN **EDAD** **SEXO**
 260168 47 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**
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [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

1

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**
 1 1
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCION DE REPOSO
 [REDACTED]
TELEFONO **CELULAR**
 [REDACTED] [REDACTED]
CORREO ELECTRONICO
 [REDACTED]

RECUPERABILIDAD LABORAL **1= SI** **2= NO** **INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ** **1= SI** **2= NO**
 1 1 2
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 [REDACTED] **DIA** **MES** **AÑO**
HORA **MINUTOS** **TRAYECTO** **1= SI** **2= NO**
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
FECHA DE LA CONCEPCION
MES **AÑO**
 [REDACTED] [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

[Signature]
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**
 PARADA PLACEUCIA VALENIA General
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL **ESPECIALIDAD**
 [REDACTED] Dra. Valeria Placencia
Rut. **MEDICINA ELECTRONICA**
 [REDACTED] [REDACTED]
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION **CALLE** **COMUNA**
 PRAT 622
 OWILLOV 42 2581860
FIRMA DEL PROFESIONAL
[Signature]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
[Signature]
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.
TOTAL DIAS **DESDE** **HASTA**
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]





Licencia Médica

Nº 2-48242052

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. Nº 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

APELLIDO PATERNO: GARCIA SAN MARTIN **APELLIDO MATERNO:** JESSICA **NOMBRES:** [REDACTED]

FECHA EMISION LICENCIA: 15/12/15 **FECHA INICIO DE REPOSO:** 15/12/15 **FECHA DE NACIMIENTO:** 31/01/86 **EDAD:** 29 **SEXO:** F

Nº DE DIAS: 04 **Nº DE DIAS EN PALABRAS:** CUATRO

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:** 2, 1= SI, 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [REDACTED] **TRAYECTO:** 1= SI, 2= NO

HORA: [REDACTED] **MINUTOS:** [REDACTED] **FECHA DE LA CONCEPCION:** [REDACTED]

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): [REDACTED]

DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]

TELEFONO: [REDACTED] **CELULAR:** [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

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

APELLIDO PATERNO: PARADA **APELLIDO MATERNO:** PLACENCIA **NOMBRES:** VALER **ESPECIALIDAD:** [REDACTED]

RUN: [REDACTED] **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:** [REDACTED] **CORREO ELECTRONICO:** [REDACTED]

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [REDACTED] **FIRMA DEL PROFESIONAL:** [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE SULLO
DIRECCION SALUD MUNICIPAL
CENTRO DE SALUD SULLO

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.

TOTAL DIAS	04
DESDE	10/11/2015
HASTA	11/11/2015

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

trabajados.