



DECRETO ALCALDICIO N° 45771

Quillón, 23 DIC 2015

**VISTOS:**

- Las Licencias Médica de Adith Novoa, Fernando Valenzuela y Irene Morales.
- 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 Subroga.
- 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
2-48243063	Adith Novoa Muñoz	[REDACTED]	Téc. Dental Posta Coyanco	03	16/12/2015	18/12/2015	FONASA
1-32098169	Fernando Valenzuela Valenzuela	[REDACTED]	Médico CECOSF	03	16/12/2015	18/12/2015	BANMEDICA
2-49566449	Irene Morales Garrido	[REDACTED]	Asistente Social CECOSF	01	16/12/2015	16/12/2015	FONASA

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.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PENA MAHUIER  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.

18/12/2015

**DISTRIBUCIÓN:**

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



# Licencia Médica

## Nº 2-48243063

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. 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: **NOVOA**  
 APELLIDO MATERNO: **MUNOZ**  
 NOMBRES: **Adrián Avelino**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **16/12/15**  
 FECHA INICIO DE REPOSO: **16/12/15**  
 DIA MES AÑO  
 FECHA DE NACIMIENTO: **14/06/68**  
 EDAD: **46**  
 SEXO: **F**  
 Nº DE DÍAS: **33**  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: **treinta**

#### 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).

**17/06/68**  
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

#### 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: [Redacted]

CALLE: [Redacted]

Nº: [Redacted] DPTO: [Redacted]

VILLA O POBLACION: [Redacted]

COMUNA: [Redacted]

TELEFONO: [Redacted] CELULAR: [Redacted]

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

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

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: **NOVOA**  
 NOMBRES: **Adrián Avelino**  
 ESPECIALIDAD: **Med. Gen.**  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **20720**  
 CORREO ELECTRONICO: **adriano.novoa@compin.cl**  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **Paulino Freire, Valparaíso**  
 CALLE: **Paulino Freire**  
 COMUNA: **Valparaíso**  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Signature]*  
 1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

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

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: *[Signature]*

HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
12/09/2015	08/08/2015	05
02/02/2015	14/01/2015	01
02/02/2015	11/01/2015	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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (Información Obligatoria del Empleador o Trabajador Independiente)



# 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 - 32098169

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALENZUELA VALENZUELA FERNANDO  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

161215  
 FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

161215  
 DIA MES AÑO

29  
 EDAD

M ó F  
 M  
 SEXO

03  
 N° DE DIAS

TRES  
 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 )

\_\_\_\_\_  
 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 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 = 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 ) \_\_\_\_\_

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) \_\_\_\_\_

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LINCOLN NAMCO PAMELA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

ESPECIALIDAD

1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR

J.P. Flores 731, Aivila  
 DIRECCION

FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1 = SI  
 2 = NO

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
20	02	2015	02	08	2015
01	08	2015	02	09	2015
02	04	2015	02	09	2015
03	01	2015	02	10	2015
04	01	2015	02	10	2015
05	05	2015	02	11	2015
06	09	2015	02	11	2015
07	19	2015	02	12	2015
08	01	2015	02	12	2015
09	01	2015	02	12	2015
10	02	2015	02	12	2015
11	06	2015	02	12	2015
12	09	2015	02	12	2015
13	10	2015	02	12	2015
14	10	2015	02	12	2015
15	11	2015	02	12	2015
16	11	2015	02	12	2015
17	11	2015	02	12	2015
18	11	2015	02	12	2015
19	11	2015	02	12	2015
20	11	2015	02	12	2015
21	11	2015	02	12	2015
22	11	2015	02	12	2015
23	11	2015	02	12	2015
24	11	2015	02	12	2015
25	11	2015	02	12	2015
26	11	2015	02	12	2015
27	11	2015	02	12	2015
28	11	2015	02	12	2015
29	11	2015	02	12	2015
30	11	2015	02	12	2015
31	11	2015	02	12	2015
32	11	2015	02	12	2015
33	11	2015	02	12	2015
34	11	2015	02	12	2015
35	11	2015	02	12	2015
36	11	2015	02	12	2015
37	11	2015	02	12	2015
38	11	2015	02	12	2015
39	11	2015	02	12	2015
40	11	2015	02	12	2015
41	11	2015	02	12	2015
42	11	2015	02	12	2015
43	11	2015	02	12	2015
44	11	2015	02	12	2015
45	11	2015	02	12	2015
46	11	2015	02	12	2015
47	11	2015	02	12	2015
48	11	2015	02	12	2015
49	11	2015	02	12	2015
50	11	2015	02	12	2015
51	11	2015	02	12	2015
52	11	2015	02	12	2015
53	11	2015	02	12	2015
54	11	2015	02	12	2015
55	11	2015	02	12	2015
56	11	2015	02	12	2015
57	11	2015	02	12	2015
58	11	2015	02	12	2015
59	11	2015	02	12	2015
60	11	2015	02	12	2015
61	11	2015	02	12	2015
62	11	2015	02	12	2015
63	11	2015	02	12	2015
64	11	2015	02	12	2015
65	11	2015	02	12	2015
66	11	2015	02	12	2015
67	11	2015	02	12	2015
68	11	2015	02	12	2015
69	11	2015	02	12	2015
70	11	2015	02	12	2015
71	11	2015	02	12	2015
72	11	2015	02	12	2015
73	11	2015	02	12	2015
74	11	2015	02	12	2015
75	11	2015	02	12	2015
76	11	2015	02	12	2015
77	11	2015	02	12	2015
78	11	2015	02	12	2015
79	11	2015	02	12	2015
80	11	2015	02	12	2015
81	11	2015	02	12	2015
82	11	2015	02	12	2015
83	11	2015	02	12	2015
84	11	2015	02	12	2015
85	11	2015	02	12	2015
86	11	2015	02	12	2015
87	11	2015	02	12	2015
88	11	2015	02	12	2015
89	11	2015	02	12	2015
90	11	2015	02	12	2015
91	11	2015	02	12	2015
92	11	2015	02	12	2015
93	11	2015	02	12	2015
94	11	2015	02	12	2015
95	11	2015	02	12	2015
96	11	2015	02	12	2015
97	11	2015	02	12	2015
98	11	2015	02	12	2015
99	11	2015	02	12	2015
100	11	2015	02	12	2015

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 recepción del documento.

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



# Licencia Médica

## Nº2- 49566449

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: Rodales  
 APELLIDO MATERNO: García  
 NOMBRES: Juan Pablo  
 FECHA EMISION LICENCIA: 17/12/15  
 FECHA INICIO DE REPOSO: 16/12/15  
 Nº DE DIAS: 01  
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: uno

RUN: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: 200165  
 EDAD: 50  
 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: \_\_\_\_\_

#### 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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (S): \_\_\_\_\_

DIRECCION: [REDACTED]  
 CALL: [REDACTED]  
 Nº: [REDACTED]  
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]  
 COMUNA: [REDACTED]  
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [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: Pineda  
 APELLIDO MATERNO: Donoso  
 NOMBRES: Diego Alejandro  
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 207001  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: \_\_\_\_\_  
 CALLE: Mañal Puelo  
 COMUNA: Puelo

ESPECIALIDAD: 1  
 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA  
 CORREO ELECTRONICO: Dr. Diego Pineda Donoso  
Médico Cirujano  
 Rut: [REDACTED]  
RCM. 28788-1  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Signature]

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA 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 recepcionado el documento.  
 MUNICIPALIDAD DE QUILLOM, DIRECCION SALUD MUNICIPAL

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES