



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
QUILLÓN

\*\*\*\*\*

DECRETO ALCALDICIO N° 1.240 /

Quillón, 26 FEB 2015

**VISTOS:**

- La Licencia médica N° 1-32098129 del Sr. Álvaro San Martín Correa, 1-34222205 de la Sra. Iris Pávez Morales y 1-34222204 de la Srta. Daniela Jenó Montero.
- El Decreto Alcaldicio N° 1055 de fecha 13 de Febrero del 2015, que nombra como Secretaria Municipal (S) a la Directora de DIDECO Srta. María Gabriela Vallejos Landaur.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 del Departamento de Salud.
- 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 08.05.2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien subrogue el cargo.
- 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
1-32098129	Álvaro San Martín Correa	Odontólogo CECOSF El Casino	03	23/02/2015	25/02/2015
1-34222205	Iris Pávez Morales	Nutricionista CESFAM	01	24/02/2015	24/02/2015
1-34222204	Daniela Jenó Montero	Enfermera CESFAM	01	24/02/2015	24/02/2015

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.**



**MARIA GABRIELA VALLEJOS LANDAUR**  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)  
MINISTRO DE FE

YLP/JsB.  
25.02.2015

**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

## Nº1-34222205

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: **PAVEZ** APELLIDO MATERNO: **NONACEY** NOMBRES: **INHS PAZ** RUN: **13138262-6**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **250215** FECHA INICIO DE REPOSO: **240215** DÍA: **24** MES: **02** AÑO: **15** FECHA DE NACIMIENTO: **060877** EDAD: **37** M ó F: **F** 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 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= SI  2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  1= SI  2= NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ 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

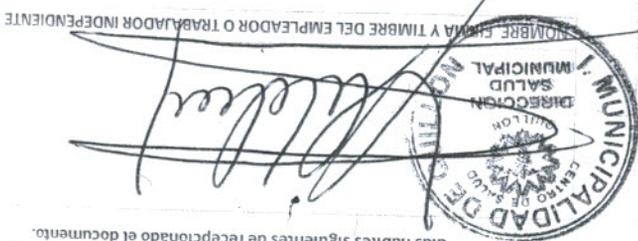
LUGAR DE REPOSO:  1= SU DOMICILIO  2= HOSPITAL  3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE REPOSO: **FUNDO EL ROSAL**  
 CALLE: **MW** Nº: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O POBLACION: **BULNES** COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO 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: **PANADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALEN** ESPECIALIDAD: **General**  
 RUN: **15258705-0** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO UNZUETA** Nº: **159**  
 CALLE: **Qu** COMUNA: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: **Dra. Valeria Panada Placencia** Rut.: **15.258.705-8**  
 FIRMAS: **Firma del Trabajador** y **Firma del Profesional**

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



TOTAL DIAS: **01** DESDE: **10** HASTA: **11**  
 DÍA: **10** MES: **02** AÑO: **2014**  
 DÍA: **11** MES: **02** AÑO: **2014**

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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

trabajados.



# Licencia Médica

## Nº 1-34222204

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: JENO, APELLIDO MATERNO: MONTERO, NOMBRES: DAJIELA ELOIS  
 RUN: 16248202-J  
 FECHA EMISION LICENCIA: 230215, FECHA INICIO DE REPOSO: 240215  
 DIA: 24, MES: 02, AÑO: 15  
 FECHA DE NACIMIENTO: 030486, EDAD: 28, 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 natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

#### 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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 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= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):  
 DIRECCION DE REPOSO: LANQUI ORIENTE  
 CALLE: SIV, Nº: [ ] [ ] [ ] [ ] DPTO: [ ] [ ] [ ] [ ]  
 VILLA O POBLACION: BULNES, 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

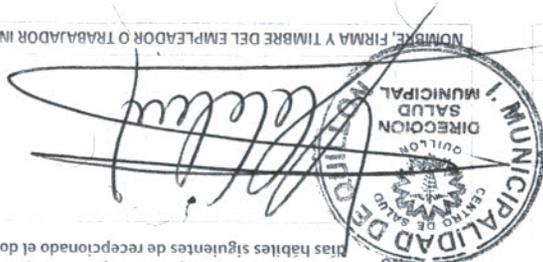
#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: PANADA, APELLIDO MATERNO: PLACENCIA, NOMBRES: VALERON  
 RUN: 15258205-8, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 159  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: PRAVICSCO ORIENTE, Nº: [ ] [ ] [ ] [ ]  
 COMUNA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

ESPECIALIDAD: General  
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]  
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [Firma]  
 CORREO ELECTRONICO: Dra. Valeria Parada Placencia, Rut.: 15.258.105.8, MÉDICO CIRUJANO

**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.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DE	HASTA
10	09	2014
09	09	2014
09	09	2014