



Quillón, 03 JUN 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médicas de Patricia Huenopil, Fernando Valenzuela, Gabriela Bustamante, Laura Villagrán y Daniela Sánchez.
- 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 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.
- 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
1-32098167	Fernando Valenzuela Valenzuela	Médico CESFAM	01	27/05/2015	27/05/2015
2-46497095	Stefania Monsalves Bustos	Administrativo CESFAM	42	30/05/2015	10/07/2015
1-34222244	Julia Canto Quintana	Administrativo DESAMU	01	29/05/2015	29/05/2015
1-34222245	María Vega Valenzuela	Auxiliar CESFAM	05	01/06/2015	05/06/2015

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.
01.06.2015

DISTRIBUCIÓN:

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



VLADIMIR PEÑA MAHUIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



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 - 32098167

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALENZUELA VALENZUELA FERNANDO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES



27 05 15

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

27 05 15

DIA MES AÑO

EDAD

M o F

SEXO

01

N° DE DIAS

UNO

N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

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

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):

DI: [REDACTED]

TI: [REDACTED]

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LINCO UL NANGO PAMELA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

ESPECIALIDAD

1 = MEDICO

2 = DENTISTA

3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DE	HASTA
01	15 01 2015	15 01 2015
07	12 03 2015	18 03 2015
08	19 03 2015	26 03 2015
02	12 05 2015	13 05 2015
02	25 05 2015	26 05 2015

INFORMACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Art. 15.- El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

1 = SI

2 = NO

EMPLEADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.

EMPLEADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

EMPLEADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Nº2- 46497095

La COMPIN, la Subcomisión, la Dirección 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. Nº3-1964

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de emisión de la licencia.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de suspensión.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MONSALVÉS BUSTOS STEFANIA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

29 05 15 30 05 15
FECHA EMISION LICENCIA DE REPOSO DIA MES AÑO

09 09 86 28 F.
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

042 CUARENTA Y DOS
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 natal.

Art. 19(1) Ley 10000 - Ley Pasaporte para el adopción plena (Ley 18857)

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. CARACTERÍSTICAS 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

CALLE

Nº DPTO.

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

TRAYECTO 1= SI 2= NO

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCION

10 14
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)

DE LA PAZ INOSTROZA PATRICIO Gineco-Obst.

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ZENTENO

CALLE

OSORNO

COMUNA

Nº

1530 64 2456060

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE DE LA ENTIDAD Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2015 02 26	2015 02 02	24
2015 03 03	2015 02 27	6
2015 04 04	2015 03 04	31
2015 05 05	2015 04 05	31
2015 06 06	2015 05 06	31
2015 07 07	2015 06 07	31
2015 08 08	2015 07 08	31
2015 09 09	2015 08 09	31
2015 10 10	2015 09 10	31
2015 11 11	2015 10 11	31
2015 12 12	2015 11 12	31
2016 01 13	2015 12 13	31
2016 02 14	2016 01 14	31
2016 03 15	2016 02 15	31
2016 04 16	2016 03 16	31
2016 05 17	2016 04 17	31
2016 06 18	2016 05 18	31
2016 07 19	2016 06 19	31
2016 08 20	2016 07 20	31
2016 09 21	2016 08 21	31
2016 10 22	2016 09 22	31
2016 11 23	2016 10 23	31
2016 12 24	2016 11 24	31
2017 01 25	2016 12 25	31
2017 02 26	2017 01 26	31
2017 03 27	2017 02 27	31
2017 04 28	2017 03 28	31
2017 05 29	2017 04 29	31
2017 06 30	2017 05 30	31
2017 07 31	2017 06 31	31
2017 08 31	2017 07 31	31
2017 09 30	2017 08 30	31
2017 10 31	2017 09 31	31
2017 11 30	2017 10 30	31
2017 12 31	2017 11 31	31
2018 01 31	2018 01 31	31

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



Licencia Médica

Nº1-34222244

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: **CRANTO** APELLIDO MATERNO: **QUILINTANA** NOMBRES: **JULIA**
 FECHA EMISION LICENCIA: **010615** FECHA INICIO DE REPOSO: **290515** DIA MES AÑO
 RUN: [REDACTED] M O F: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: **170457** EDAD: **57** SEXO: [REDACTED]
 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 18.857).

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: [REDACTED] DIA MES AÑO
 TRAYECTO: **1** 1= SI 2= NO
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 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): [REDACTED]
 DIRECCION DE REPOSO: [REDACTED]
 CALLE: [REDACTED]
 Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]
 VILLA O POBLACION: [REDACTED]
 COMUNA: [REDACTED]
 TELEFONO: [REDACTED] CELULAR: [REDACTED]
 CORREO ELECTRONICO: [REDACTED]

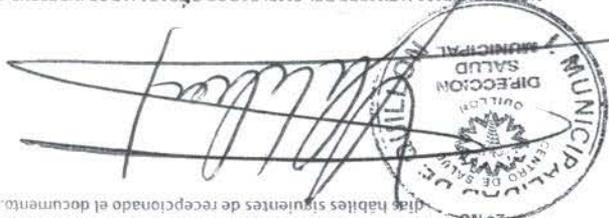
AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **PARRADA** APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA** NOMBRES: **VALERIA**
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [REDACTED]
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **PANALISCO UNHUETA**
 ESPECIALIDAD: **General** 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA
 Rut.: **159** **MÉDICO CIRUJANO**
 FIRMA DEL TRABAJADOR: [REDACTED]
 FIRMA DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
	ANO MES DIA	ANO MES DIA

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 recepcionado el documento.



Licencia Médica

Nº1-34222245

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 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 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

APELLIDO PATERNO: **VEGA VALENJUEZA**
 APELLIDO MATERNO: **NANCIA**
 NOMBRES: **MERC**
 FECHA EMISION LICENCIA: **01/06/15**
 FECHA INICIO DE REPOSO: **01/06/15**
 DIA: **01** MES: **06** AÑO: **15**
 Nº DE DIAS: **05** Nº DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

RUN: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: **15/01/78**
 EDAD: **37**
 SEXO: **F**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. Arts. 191 y 200 del C. Doi Trabajo y Jurco 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

1

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: _____

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: [REDACTED]

CALLE: [REDACTED]

Nº: [REDACTED] DPTO: [REDACTED]

COMUNA: [REDACTED]

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

Maria Vega
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO: **PARADA**
 APELLIDO MATERNO: **PLACENCIA**
 NOMBRES: **Vascon**

General
ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

RUN: [REDACTED]
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____

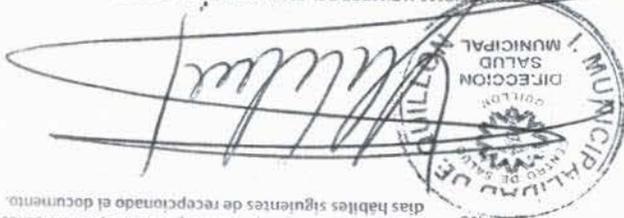
Dra. Valeria Parada Placencia
 Rut.: [REDACTED]
 MÉDICO CIRUJANO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **FRANCISCO UNHUETA**
 CALLE: **Quilicura**
 COMUNA: _____

Nº: **159**
[Signature]
 FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



ANO	MES	HASTA	ANO	MES	DESDE	DIA	TOTAL DIAS
2015	04	04	2015	04	22	05	05
2015	03	03	2015	02	14	16	16
2015	02	02	2015	01	02	01	01

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