



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 1.475 /

Quillón, 16 MAR 2015

VISTOS:

- Las Licencias médicas de Adith Novoa Muñoz, Sebastián Veyl Quinteros y Iris Pávez Morales.
- 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° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subroge.
- El Decreto Alcaldicio N° 365/2009, que Nombra como Administrador Municipal (S) al Director de SECPLAN de la Ilustre Municipalidad de Quillón.
- 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:

- Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Cargo	Días	Desde	Hasta
1-32328361	Adith Novoa Muñoz	Técnico en Dental CECOSF El Casino	01	12/03/2015	12/03/2015
2-43856647	Sebastián Veyl Quinteros	Médico CESFAM	02	12/03/2015	13/03/2015
3-295831-7	Iris Pávez Morales	Nutricionista CESFAM	01	13/03/2015	13/03/2015

- 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.
- Trámítase y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



RICARDO NEIRA ARIAS
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)
"POR ORDEN DEL ALCALDE"

YLF/jsb.

15.03.2015

DISTRIBUCIÓN:

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



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984.

N° 1 - 32328361

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOVOA MUNOZ ADITH ANA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

M 6 F

F

SEXO

120315

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

120315

DIA MES AÑO

45

EDAD

01

N° DE DIAS

UNO

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).

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 HIJO MENOR DE 1 AÑO
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

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

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI
2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION

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)

DIRECCION, CALLE N° DESTO, CANTON

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

FUENTE ALBA CRUZ DAUL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

31204-5

REGISTRO COLEGIO PROFESIONALES

FIRMA DEL TRABAJADOR

medicina

ESPECIALIDAD

1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	02	2014	04	02	2015

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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.

1 = SI
2 = NO



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 periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

N° 2- 43856647

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VEYL QUINTEROS SEBASTIAN

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

130315

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

120315

DIA MES AÑO

25

EDAD

M o F

M

SEXO

02

N° DE DIAS

DOS

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

- 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

1 = SI
2 = NO

TRAYECTO

FECHA DE LA CONCEPCION

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)

DIRECCION - CALLE, N°, DEPTO., COMUNA

TELEFONO

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CERON GONZALEZ CAMILA

APELLIDO PATERNO

NOMBRES

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICO

ESPECIALIDAD

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

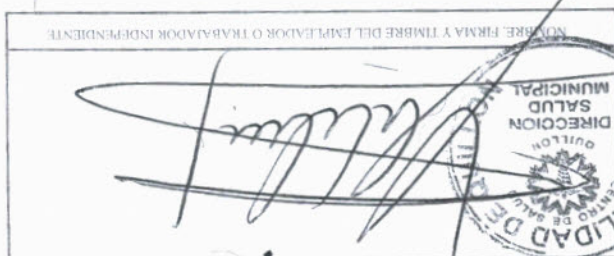
34.311-0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

78882798

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES
01	00	02	00	02	00
03	00	28	01	30	01
01	00	20	01	20	01
01	00	02	01	02	01
02	00	19	01	14	01

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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.

1 = SI
2 = NO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984

*** OTORGADA PARA COTIZANTE: FONASA



4 00002951831071

N° 3 FOLIO: 295831-7

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

Operador : 4

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

PAVEZ MORALES IRIS PAZ
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
37 F
EDAD SEXO

2 - CELULAR

CANAL

EMAIL

DATO

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

N DE DIAS

N DE DIAS EN PALABRAS

13 03 15
Dia Mes Ano

13 03 15
Dia Mes Ano

1

UNO

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopcion plena (Ley 18.867).

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 Hijo 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 Y HORA
ACCIDENTE DEL
TRABAJO O DEL
TRAYECTO

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=Manana
B=Tarde
C=Noche

LUGAR DE REPOSO

1

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE;N;DEPTO;COMUNA

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PEREZ SALAZAR MARCELO EDUARDO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

MEDICINA FAMILIAR

1=Medico
2=Dentista
3=Matrona

20702

MARCELO1545@VTR.NET

ESPECIALIDAD

TIPO PROFESIONAL

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

JUAN PAULINO FLORES 509, QUILLON # QUILLON CHILE

422581945

DIRECCION

TELEFONO

FAX



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los tres dias habiles contados de la fecha de otorga de reposo.
Debera presentar la licencia medica dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de emision y dentro del periodo de vigencia.
Debera presentar la licencia medica a su empleador dentro de los dos dias habiles contados de la fecha de inicio de reposo.

TRABAJADOR RECTOS PUBLICO
TRABAJADOR INDEPENDIENTE
TRABAJADOR EMPLEADO



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984



4 000295 831071

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

2. Municipalidad Quillón Dpto. Salud		61.932.800-9	2703149	FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR	CODIGO COMUNAL USO COMPIN
NOMBRE	RUN	TELEFONO			
19 Septiembre # 250 Quillón		Quillón		13-03-2015	
DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		COMUNA	CIUDAD		

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- ☒ 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca
1=Minas, Petroleos y Canteras
2=Industrias Manufactureras
3=Construcción
4=Electricidad, Gas y Agua
5=Comercio
6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Tecnicos, 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)

Nutricionista

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

REGIMEN PREVISIONAL		CALIDAD TRABAJADOR		SEGURO DESEMPLEO	
☒ 1=D.L. 3501 INP ☐ 2=D.L. 3500 A.F.P. Codigo: 01 Letra (Caja Prev.) A Nombre Int. Prev. HADIRAT		☐ 1=Trabajador sector publico afecto a la ley n 18.834. ☐ 2=Trabajador sector publico no afecto a la ley n 18.834. ☐ 3=Trabajador dependiente sector privado ☐ 4=Trabajador Independiente		Trabajador afiliado a AFC ☐ 1=Si 2=No Contrato de duracion indefinida ☐ 1=Si 2=No	
FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF		FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL		FECHA CONTRATO DE TRABAJO	
Dia Mes Ano		06-04-2006		06-04-2006	
ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:					
SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 O 7			SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 O 6		
☒ A=Servicio de Salud B=Isapre C=C.C.A.F. D=Empleador			☐ E=Servicio de Salud F=Mutual G=INP H=Empleador		
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES					



Licencia Medica

La COMPIN, 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.



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.

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)		Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	N de dias	Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias
	A			B	C	D	E
	12	2014			1.780.539		
	01	2015			1.373.381		
	02	2015			1.368.812		

% DESAHUCIO

Remuneracion imponible mes anterior inicio licencia medica (Tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.

\$

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

Codigo Institucion Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que correspondan a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N 44, 1978)	Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de dias				
		A		B	C	D	E
				Imponible desahucio para trabajadores corporacion municipal y publicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 U.F.)	Monto	N de dias

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 ULTIMOS 6 MESES

Desde		Hasta	
Día	Mes	Año	Día
01	24	02	2007



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 recepcionado el documento.

[Firma manuscrita]

Firma y Timbre del Empleador o Trabajador Independiente

=====COMPIN=====

=====FONASA=====

Salud Responde 600 360 7777

Mesa de Ayuda 600 360 3000

Estado Licencia 600 460 4600

www.fonasa.cl