



DECRETO ALCALDICIO N° 4385/

Quillón, 12 NOV 2015

VISTOS:

- Las Licencias Médica de Lidia Pérez, Carolina Andrade y María Vega
- 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.
- 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
1-35050144	Lidia Pérez Pérez		Paramédico CESFAM	02	05/11/2015	06/11/2015	MAS VIDA
1-35050168	Carolina Andrade Marty		Kinesióloga CESFAM	01	06/11/2015	06/11/2015	MAS VIDA
1-34978439	María Vega Valenzuela		Auxiliar CESFAM	15	08/11/2015	22/11/2015	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

YLF/jsb.
10.11.2015

DISTRIBUCIÓN:

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



VLADIMIR PENA MAHUZIER
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
"POR ORDEN DEL ALCALDE"



Licencia Médica

Nº1- 35050144

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 PUBLICO: 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: P e r e z **Apellido Materno:** P e n o z **Nombres:** L i d i a A G U S T I N A
Fecha Emisión Licencia: 0 9 / 1 1 / 1 5 **Fecha Inicio de Reposo:** 0 5 / 1 1 / 1 5
Nº de Días: 0 2 **Nº de Días en Palabras:** D O S

RUN: [REDACTED] **M ó F:** F
Fecha de Nacimiento: 1 0 / 1 0 / 4 9 **Edad:** 6 6 **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: [REDACTED] **Apellido Materno:** [REDACTED] **Nombres:** [REDACTED] **Fecha de Nacimiento:** [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 Trámite de Invalidez:** 1 = SI 2 = NO

Fecha del Accidente del Trabajo o del Trayecto: [REDACTED] **Trayecto:** 1 = SI 2 = NO

Fecha de la Concepción: [REDACTED]

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

Lugar de Reposo: 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
Justificar si es Otro (3): [REDACTED]

Dirección de Reposo: [REDACTED]

Calle: [REDACTED] **Nº:** [REDACTED] **DPTO:** [REDACTED]

Villa o Población: [REDACTED] **Comuna:** [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED] **Celular:** [REDACTED] **Correo Electrónico:** [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: N O L I N A **Apellido Materno:** D I A Z **Nombres:** L U I S E D U A R D O

Registro Colegio Profesional: 3 1 4 5 3 - 6 **Especialidad:** 7 **Correo Electrónico:** G e s Q u i l t o s @ g u p i . c o

Dirección y Comuna del Lugar de Emisión: F r a n c i s c o U n d e n **Nº:** 1 5 9

Firma del Trabajador: [Firma] **Firma del Profesional:** [Firma]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

Nombre, Firma y Timbre del Empleador o Trabajador Independiente: [Firma]

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.



HASTA	DESDE	TOTAL DIAS
2015 10 23	2015 10 22	02
2015 10 20	2015 10 19	02
2015 10 09	2015 10 08	02

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



Licencia Médica

Nº1- 35050168

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

ANDRADE MANTY CAROLINA PAZ
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
061115 **061115**
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
01 **UN DIA**
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

RUN [REDACTED] M 6 F
240584 **31** **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 18.867).

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 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
 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
 VILLA O POBLACION
 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)

SAN MARTIN CONREA ALVARO CIRUJANO DENTISTA
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD
 RUN [REDACTED] REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL [REDACTED] **alvarosm@guicil.com** CORREO ELECTRONICO
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION FRANCISCO UNZUETA 159 Nº [REDACTED]
 COMUNA [REDACTED] FIRMA DEL PROFESIONAL

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	DESDE	HASTA	TOTAL DIAS
[REDACTED]	2015 06 06	2015 06 08	3
[REDACTED]	2015 06 09	2015 06 14	6
[REDACTED]	2015 06 15	2015 06 19	5

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.

