

DE: N° 255  
27/03/13  
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO N° 000784

Litueche, 24 ABR 2013

**VISTOS:**

El D.F.L. N° 1-3.063/1980 del Ministerio del Interior sobre traspaso de los establecimientos educacionales; Lo señalado en el artículo 195 del Código del Trabajo, sobre permiso pagado por nacimiento de un hijo; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 19.070, que aprobó el Estatuto de los Profesionales de la Educación y sus posteriores modificaciones"; La ley 19.464/1996 que establece normas para el personal no docente de establecimientos educacionales y sus modificaciones; El DECRETO 3 de 1984, que aprueba reglamento de autorización de Licencias Médicas por la Compin e Instituciones de Salud Previsional, modificado mediante el decreto 168 del 2006; La ley N° 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley N° 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector publico; el artículo 12 de la Ley N° 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio N°. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley N°. 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones posteriores.

**CONSIDERANDO:**

- Las Licencias médicas presentadas por los funcionarios municipales dependientes del departamento de educación, autorizadas y adjuntas.

**DECRETO:**

- 1.- **CONCEDESE**, el uso de las Licencias médicas de los siguientes funcionarios municipales del departamento de educación, que se individualizan a continuación.

Nombre Funcionario	C. Identidad	Cargo	N° Licencia	Total Días	Desde	Hasta
Karina González Cerda	15.720.422-k	A. Educación	31584237	15	27/03/13	10/04/13
Paola Galaz Arenas	15.770.393-5	Docente	40537856	30	29/03/13	27/04/13

- 2.- **ENTREGASE**, copia del presente decreto Alcaldicio a la habilitada de Educación para su devengamiento y la oportuna recepción de los montos correspondientes a licencias médicas.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

  
**MARIA S. OLMEDO PIZARRO**  
Secretaría Municipal

  
**RENE ACUÑA ECHEVERRIA**  
Alcalde

RAE/MOP/RDD/sfm  
DISTRIBUCION

- Archivo DAEM
- Archivo Municipal



# 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 - 31584237

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**GONZALEZ CERDA KARINA PAZ** **15720422** **R**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
**260313** **270313** **29** **F**  
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD SEXO  
**15** **QUINCE**  
 N° DE DIAS 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  2 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: **15** **03** **13**  
 DIA MES AÑO

TRAYECTO  1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: **15** **03** **13**  
 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 : CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA **Quilicura Alto. S/N - Comuna Quilicura**

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **779 22 869**

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**ENCINA MENDES ISABEL GUADALUPE** **15784168** **R** **27484-4**  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

**medicera Intero**  1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA  
 ESPECIALIDAD

**ignovane@gmail.com**  
 CORREO ELECTRONICO

**25262000** **Av. Concha Huasco #3204**  
 TRABAJO TELEFONO DIRECCION

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
**Ramón González Díaz**  
 DEPARTAMENTO DE LICENCIAS

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
08	25	02
07	05	03
07	11	03
07	13	03
07	18	03
08	19	03
08	26	03

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

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

TRABAJADOR 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 de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



# Licencia Médica

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.

MINISTERIO DE SALUD

N° 2- 40537856

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GALAZ				ADENAS				PABLA ALESAAP				15770393				5
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
270313				290313				28				F				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO				
30				90 ET ALA A LAS												
N° DE DIAS				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				
APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO				

### A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> DIA MES AÑO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/>	
FECHA DE LA CONCEPCION: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> MES AÑO	

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO ( 3 ) : _____	
DIRECCION : CALLE; N°; DEPTO., COMUNA <u>UÑA CORDOBA - 1594 - V. RAUCO GALTES - PICHILEHU</u>		
TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : _____		

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PALAZ				REVECCA				RODRIGUEZ				S
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				
5515931				13193-8				CORREO ELECTRONICO				1
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO				ESPECIALIDAD
921496				CAROLINA REVECCA								1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

DR. ROBERTO S. DIAZ REVECC  
Médico Cirujano  
RUT.: 5.815.931-K

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

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

**MINISTERIO DE SALUD**

**SECRETARÍA GENERAL**

**UNIDAD DE LICENCIAS MÉDICAS**

TOTAL DIAS		30	
DESDE	27 02 13	HASTA	28 03 13

ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

1 = SI  2 = NO

C4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ( INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE )

TRA: ADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. TRA: ADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. TRABAJADOR DEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica a su empleador 6 de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.