



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Departamento De Educación

DE: 677
09/08/13
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO Nº 0 0 2 0 3 3

Litueche, 0 2 OCT 2013

VISTOS:

El D.F.L. Nº 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. Nº 1 "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 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 Nº 16.744, Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales; La Ley Nº 19.345 que dispone de la ley 16.744 a trabajadores del sector publico; el artículo 12 de la Ley Nº 18.196, sobre reajustabilidad del subsidio por incapacidad laboral fuera del plazo legal; Decreto Alcaldicio Nº. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012, que asume Alcalde; y, lo dispuesto en la Ley Nº. 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 | Nº Licencia | Total Días | Desde | Hasta |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|------------|----------|----------|
| Ivonne Gómez Fajardo | 12.224.025-8 | A. Educación | 31865860 | 11 | 08/08/13 | 18/08/13 |
| Julia Bustamante Muñoz | 11.952.308-7 | E. Párvulos | 41591218 | 03 | 12/08/13 | 14/08/13 |
| Edith Donoso Lisboa | 10.788.645-1 | A. Educación | 31865863 | 07 | 12/08/13 | 18/08/13 |

- 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
Secretaria Municipal



ALCALDE
RENE ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde

RAE/MOP/RDD/sfm

DISTRIBUCION:

- Archivo DAEM
- Archivo Municipal

677
09-08-13

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° 1 - 31865860

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

M F
 APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [REDACTED]
 FECHA EMISION LICENCIA: [REDACTED] FECHA INICIO DE REPOSO: [REDACTED] DIA MES AÑO
 EDAD: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 N° DE DIAS: [REDACTED] N° DE DIAS EN PALABRAS: [REDACTED]

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Ans. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [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 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: [REDACTED] DIA MES AÑO
 TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO
 HORA MINUTOS: [REDACTED]
 FECHA DE LA CONCEPCION: [REDACTED] 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: Comuna Pajarito #325, Uruca
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) :

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] RUN: [REDACTED]
 ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 2700-1 CORREO ELECTRONICO:

FIRMA DEL TRABAJADOR
[Signature]

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

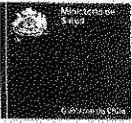
DEPARTAMENTO DE EDUCACION
 LITUEN
 [Stamp and Signature]

| TOTAL DIAS | DESDE | HASTA |
|------------|----------|----------|
| 15 | 10/03/13 | 01/04/13 |
| 15 | 03/03/13 | 17/03/13 |
| 13 | 02/03/13 | 13/03/13 |
| 10 | 10/02/13 | 19/02/13 |
| 15 | 03/03/13 | 17/03/13 |

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

1 = SI 2 = NO
 ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
 INFORMACION ORIGINARIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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. Nº 3/1984.

Nº 2 - 41591218

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **DUSTAMARTE** APELLIDO MATERNO: **MUNOZ** NOMBRES: **JULIA** RUN: **11952308** **Z**

FECHA EMISION LICENCIA: **09/08/13**

FECHA INICIO DE REPOSO: **12/08/13**

EDAD: **41**

SEXO: **F**

Nº DE DIAS: **3**

Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TRES**

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

2

- 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: **2** 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: **2** 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

TRAYECTO: **2** 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES: _____ AÑO: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

2

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: **2**

- A = MAÑANA
- B = TARDE
- C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO: **2** 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION: CALLE: Nº; DEPTO; COMUNA

1109
J.P. Lirio
1109

TELEFONO (PERSONA O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **LOPEZ** APELLIDO MATERNO: **SEPULCRA** NOMBRES: **HELENA**

RUN: **5547330** **Z**

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **10365-1**

CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Signature]*
 ESPECIALIDAD: **2**

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

TEL: **714940**

C-CANO 646 SA TAO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
Ramon Donoso Diaz


| | | | | | |
|------------|--|-------|--|-------|--|
| TOTAL DIAS | | DESDE | | HASTA | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

antes del Servicio de Salud o Isapre correspondiente a los tres días hábiles siguientes de recepción del documento. **2**

G. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

TRABAJADOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica o 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 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.

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 cambiario de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 31865863

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD SEXO

N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS

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 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 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 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 : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA CARINO MALDONADO
5/11 CITOCHKE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) : 92442448

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

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

FIRMA DEL TRABAJADOR Edith Dávila
 Dr. RODRIGO ALBORNOZ S.
 Médico Cirujano
 RUT 18.370.555-3

TELEFONO 334066 CARINMAL CARO A 18 CITOCHKE

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Rodrigo Dávila

| | | | | | |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| TOTAL DIAS | | DESCR | | HASTA | |
| ANO | MES | DIA | ANO | MES | DIA |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1 = SI 2 = NO

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.