



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Departamento De Educación

DE: 788
10/10/13
RDD/sfm

DECRETO ALCALDICIO Nº 002164

Litueche, 21 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.

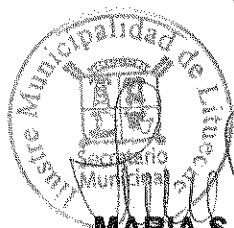
DECRETO:

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
César Jara Vargas	09.838.005-1	A. Educación	42207080	15	08/10/13	22/10/13
Lérida González Atenas	10.181.361-4	A. Educación	42165904	03	09/10/13	11/10/13
María Luisa Cerda Ríos	10.315.558-4	Docente	42210890	03	09/10/13	11/10/13
Fresia Jiménez Medina	08.988.494-2	Docente	1941677-1	14	10/10/13	23/10/13

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

RAE/MOP/RDD/sfm



RENE ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde

DISTRIBUCION:

- Archivo DAEM
- Archivo Municipal

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

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

N° 2 - 42207080

A.I. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

JARA				MARGAS				CESAR				GUSTAV				9838005				1			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN											
09/10/73				FECHA INICIO DE REPOSO				08/10/13				49				M							
FECHA EMISION LICENCIA				DIA				MES				AÑO				EDAD				SEXO			
15				QUINCE																			
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 natal.
 (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO															APELLIDO MATERNO															NOMBRES														
FECHA DE NACIMIENTO															RUT															SEXO														

4.3. TIPO DE LICENCIA

7		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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	7	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. 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 CALLE N.º DEPTO. COMUNA D. PRIADO
1101 LITUECHE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **ERAZO** APELLIDO MATERNO: **ESCOBAR** NOMBRES: **MANUEL** FIRMA DEL TRABAJADOR: **Manoela** ☒ 1 = MEDICO ☐ 2 = DENTISTA ☐ 3 = MATRONA
 RUT: **5260838-4** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **10016** CORREO ELECTRONICO: **MANUEL.ERAZO@GMAIL.COM** Dr. **MANUEL ERAZO ESCOBAR** **\$260.838-4**
28314157 **08/12/2014 491** **URGENCIA**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PAYON DONOSO DIAZ

DE ED

TOTAL DIAS		DE:DE		HASTA	
DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
15	06	04	04	20	04
15	21	03	13	04	04
15	05	08	13	19	08
15	20	08	13	03	08
15	04	08	13	18	08
15	23	09	13	04	10

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. Nº 3/1984

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
1.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

N°2- 42165904

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

60221222 ATENAS LEZ M.

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

10181361-4

RUN

081013

FECHA EMISION LICENCIA

091013

FECHA INICIO DE REPOSO

49

EDAD

M o F

#

SEXO

03

N° DE DIAS

125 5

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 (Lev 18, §67).

[illegible]

4.3. TIPO DE LICENCIA

1 2 3 4 5 6 7 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 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO	1 = SI 2 = NO
1 = SI 2 = NO			

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, CALLE, N° DEPTO., COMUNA P. GARIBAY M-51
846. Litv = CHC.

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VITAL GARCIA GABRIEL
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 02003081-0 15240-4
 RUN REGISTRO COLECCION PROPIETARIO

Cine 57
ESPECIALIDAD

1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CARLOS DOMINGO DIAZ

DE EDUCACIÓN

[illegible]

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

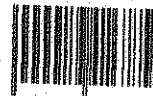
ON = 2

and a Service of Record or Bureau Correspondence of the United States Department of the Interior.

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 001941677-1

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

JIMENEZ										MEDINA										FRESIA DEL C										8988494										2	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
09102013										10102013										53										F											
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO											
14										CATORCE																															
N° DE DIAS										N° DE DIAS EN PALABRAS																															

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
FECHA NACIMIENTO																																									

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
1	
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO
INICIO TRAMITE	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	
	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	
TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	
	MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO 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)	
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA	
Lituca	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-74954503	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GREZ										GUTIERREZ										RODRIGO ALEJ										12225861										0	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
20757-8																																									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA										1											
8325147/																				ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA											
TELÉFONO/FAX										Ortuzar N. Melipilla										DIRECCIÓN										Documento firmado electrónicamente											
																														FIRMA PROFESIONAL											

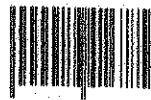
TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario i-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>

Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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° 3 001941677-1

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE LITUECHE	
RAZON SOCIAL EMPLEADOR	
0909/1/00	72-851312-
RUT	TELEFONO
10/02/16	
FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR (DDMMAAAA)	
CAYMA ALCONES S/AL	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR	
LITUECHE	
COMUNA	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETRÓLEOS 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 TÉCNICOS Y 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 = TÉCNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

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

REGIMEN PREVISIONAL

1 = D.L. 3501 INP.
2 = D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO ☐ LETRA (CAJA PREV.)

NOMBRE INT. PREV. PROVIDA

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- 1 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPEÑO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
2 = NO

02/03/1992

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7 ☒ A = SERVICIO DE SALUD B = ISAPRE C = C.C.A.E. D = EMPLEADOR	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6-6 ☐ E = SERVICIO DE SALUD F = MUTUAL G = INP H = EMPLEADOR
---	---

MAQUITA

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

N° 3 001941677-1

Página 3 de 3



FECHA 09/10/13

INFORME MEDICO

NOMBRE: Frederico Jimenez Medina
RUN: 8.983.444-2

DIAGNÓSTICOS: Fractura completa rotura de
hueso y artrosis de hombro derecho

FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO: Lesión glenohumeral
de movilidad de hombro derecho
por artrosis de hombro derecho
Guilain Barre

EVOLUCION: Se inicia "Parálisis", inflamación,
RMN y angiografía.

PRONOSTICO Y RECUPERABILIDAD: Buen pronóstico
Recuperable

RODRIGO GREZ GUTIERREZ
MEDICO TRAUMATOLOGO
RUT: 12.225.861-0
RCM 20757-8

Dr. Rodrigo Grez Gutierrez
Especialista en Ortopedia y traumatología
12.225.861-0
RCM: 20.757-8



**CENTRO
TRAUMATOLOGICO
MELIPILLA**

INFORME RADIOLOGICO

Paciente: Fresia Jiménez Medina
Radiografía: Hombro AP/Outlet
Fecha: 09/10/12

Estimado(a) Dr(a):

El estudio practicado a su paciente a dado el siguiente resultado:

Rx Hombro Derecho AP/outlet

- 1.- Artrosis acromioclavicular.
- 2.- Esclerosis de troquiter.
- 3.- Acromion tipo II.

Atentamente


Dr. Rodrigo Grez Gutiérrez
Especialista en Ortopedia y Traumatología

Ortúzar 496
Fonos 8325147-8326573
Melipilla