



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

OF. Partes

DF. 406
MSOP/lcd
08/11/2013

DECRETO ALCALDICIO No. 2.288

LITUECHE, 08 de Noviembre de 2013.

CONSIDERANDO:

- La Licencia Médica presentada por el funcionario municipal, don Andrés Pérez Correa, autorizada por el doctor Alex Arenas Aravena, que se adjunta.

VISTOS:

El Decreto Alcaldicio No. 2.621, de fecha 06 de diciembre de 2012. Lo consagrado en el artículo 111° de la Ley No. 18.883, "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales". Las facultades que me confiere la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Autoricé el uso de Licencia Médica, al funcionario municipal que se individualiza:
 - Andrés Pérez Correa, Planta Directiva Grado 09° E. M.
11 días. Desde el jueves 07 de noviembre julio del 2013 y hasta el domingo 17 de noviembre de 2013, ambas fechas inclusive.
- 2.- Remítase copia del presente Decreto a la unidad de Personal para su conocimiento y posterior archivo en la carpeta del funcionario individualizado.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Maria Soledad Olmedo Pizarro
MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Secretaria Municipal



Renata Acuna Echeverría
RENATA ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde

RAE/MSOP/MSOP/lcd
Distribución

- Secretaría Municipal
- Carpeta Interesado
- Archivo



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

ORD. : N° 1.777

ANT. :

MAT. : Remite licencia

LITUECHE, 11 de Noviembre 2013

DE : MARÍA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
JEFE DE FINANZAS (S) I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

A : SRS. ISAPRE MASVIDA

El suscrito por medio del presente se permite remitir a Ud. Licencia Médica N3 002033369-3, de fecha 07 de noviembre de 2013, del funcionario Don Andrés Pérez Correa, Cédula Nacional de Identidad N° 15.115.586-3, para su tramitación y posterior cancelación a esta Municipalidad.

Se solicita girar cheque nominativo a nombre de la Ilustre Municipalidad de Litueche, y enviarlo a Cardenal Caro 796, Litueche o efectuar en un depósito a la cuenta corriente No. 38809000025 del Banco Estado.

Saluda atentamente a Uds.,



Maria Soledad Olmedo Pizarro
MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Jefe de Finanzas (S)

RAE/MLH/MSOP/lcd
DISTRIBUCIÓN

- Srs. Isapre Masvida
- Archivo Dirección de Finanzas
- Archivo Carpeta Funcionario
- Archivo Oficina de Partes.



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 002033369-3

Y 2288
08/11/2013

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P E R E Z	C O R R E A	A N D R E S E D U A R	1 5 1 1 5 5 8 6 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 7 1 1 2 0 1 3	0 7 1 1 2 0 1 3	3 1	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
1 1	O N C E		
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

<input checked="" type="checkbox"/> 1	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
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:N°:DEPTO:COMUNA	Obispo Iarain, N 793, Litueche
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	02-63926895

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

A R E N A S	A R A V E N A	A L E X F A B I A N	1 5 6 6 6 9 2 8 - 8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
28367-3		MEDICINA INTERNA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
09-82563166/	VICUÑA MACKENA, San Joaquín		
TELÉFONO/FAX	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.

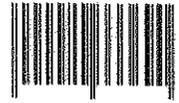
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

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



N° 3 002033369-3

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I l u s t r e M u n i c i p a l i d a d d e L i t u e c h e											
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR											
69091100			072-2209801			0812013					
RUN			TELEFONO			FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)					
C a r d e n a l C a r o 796											
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR											
L i t u e c h e											
COMUNA			CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN								

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

<ul style="list-style-type: none"> 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA. 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS. 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS. 3 = CONSTRUCCION. 4 = ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA. 5 = COMERCIO. 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES. 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS. 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES. 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA 	8
--	----------

OCUPACION

<ul style="list-style-type: none"> 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). 	11
--	-----------

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

REGIMEN PREVISIONAL

<ul style="list-style-type: none"> 1 = D.L. 3501 INP. 2 = D.L. 3500 A.F.P. 	2		
CÓDIGO	[] []	LETRA (CAJA PREV)	[]
NOMBRE INT. PREV.	Modelo		

CALIDAD DEL TRABAJADOR

<ul style="list-style-type: none"> 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834. 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834. 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO. 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE. 	1
---	----------

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC	2	1 = SI 2 = NO
Contrato de duración indefinida	1	1 = SI 2 = NO

01122012

01122012

FECHA PRIMERA AFILIACION 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 ó 7	
<input type="checkbox"/>	A = SERVICIO DE SALUD
<input type="checkbox"/>	B = ISAPRE
<input type="checkbox"/>	C = C.C.A.E
<input type="checkbox"/>	D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6	
<input type="checkbox"/>	E = SERVICIO DE SALUD
<input type="checkbox"/>	F = MUTUAL
<input type="checkbox"/>	G = INP
<input type="checkbox"/>	H = EMPLEADOR

I l u s t r e M u n i c i p a l i d a d d e L i t u e c h e

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



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 002033369-3

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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.

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	05	13	30		\$ 1.004.652-		
	06	13	30		\$ 1.004.652-		
	07	13	30		\$ 1.004.652-		
	08	13	30		\$ 1.004.652-		
	09	13	30		\$ 1.004.652-		
	10	13	30		\$ 1.004.652-		

% DESAHUCIO

--	--	--

Remuneración imponible provisional mes anterior inicio licencia médica (tope 99 UF) para trabajador afiliado a AFC

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

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. N° 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PÚBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS

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 ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Municipalidad de Linares
ALCALDE
Firma y Timbre del Empleador o Trabajador Independiente

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 002033369-3

Sucursal : Pontificia Universidad Católica - CENTRO MÉDICO SAN JOAQUÍN

Fecha Otorgamiento : 07-11-2013 15:53 hrs.

Entidad que se pronuncia : MASVIDA

Empleador : MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR

1. Datos Profesional

Profesional : ARENAS ARAVENA, ALEX FABIAN
Rut : 15666928-8
Especialidad : MEDICINA INTERNA
Dirección : VICUÑA MACKENA , San Joaquin - Tel: 09-82563166

2. Datos Trabajador

Nombre : PEREZ CORREA, ANDRES EDUARDO
Rut : 15115586-3
Edad : 31
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 07-11-2013 Lugar : Domicilio
N° Días : 11 Dirección : Obispo Iarraiñ, N 793, Litueche
Fecha término : 17-11-2013 Teléfono : 02-63926895
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Otorgada Profesional
Fecha Última Modificación : 07-11-2013 15:53 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69091100-0
Fecha de Recepción :
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Firma o timbre del empleador y fecha de recepción

Exija junto a este comprobante, una copia impresa de su licencia para ser presentada a su empleador.
Indícale a tu empleador que se adscriba para que pueda tramitar las próximas licencias en forma totalmente electrónica.

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N° 1, DE 2010, DE SALUD

- 1.- Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- 2.- Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
- 3.- Cáncer Cérvicouterino
- 4.- Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos
- 5.- Infarto Agudo del Miocardio
- 6.- Diabetes Mellitus Tipo 1
- 7.- Diabetes Mellitus Tipo 2
- 8.- Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
- 9.- Disrafias Espinales
- 10.- Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años
- 11.- Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
- 12.- Endoprotesis Total de Cadera en pers. de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
- 13.- Fisura Labiopalatina
- 14.- Cáncer en menores de 15 años
- 15.- Esquizofrenia
- 16.- Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
- 17.- Linfomas en personas de 15 años y más
- 18.- Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
- 19.- Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- 20.- Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- 21.- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
- 22.- Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
- 23.- Salud Oral Integral para niños de 6 años
- 24.- Prevención de Parto Prematuro
- 25.- Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- 26.- Colectistomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años
- 27.- Cáncer Gástrico
- 28.- Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más
- 29.- Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
- 30.- Estrabismo en menores de 9 años
- 31.- Retinopatía Diabética
- 32.- Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático
- 33.- Hemofilia
- 34.- Depresión en personas de 15 años y más
- 35.- Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas
- 36.- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
- 37.- Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más
- 38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
- 39.- Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años
- 40.- Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
- 41.- Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- 42.- Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- 43.- Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más.
- 44.- Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
- 45.- Leucemia en personas de 15 años y más
- 46.- Urgencia odontológica ambulatoria
- 47.- Salud oral integral del adulto de 60 años
- 48.- Politraumatizado grave
- 49.- Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
- 50.- Trauma ocular grave
- 51.- Fibrosis Quística
- 52.- Artritis reumatoidea
- 53.- Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
- 54.- Analgesia del parto
- 55.- Gran quemado
- 56.- Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieran uso de audifono
- 57.- Retinopatía del prematuro
- 58.- Displasia broncopulmonar del prematuro
- 59.- Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
- 60.- Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
- 61.- Asma bronquial en personas de 15 años y más
- 62.- Enfermedad de parkinson
- 63.- Artritis idiopática juvenil
- 64.- Prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal
- 65.- Displasia luxante de caderas
- 66.- Salud oral integral de la embarazada
- 67.- Esclerosis múltiple recurrente remitente
- 68.- Hepatitis B
- 69.- Hepatitis C

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, clínica, consultorio, etc): RED SALUD UC
DIRECCIÓN: Marcoleta 367 CIUDAD: Santiago
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: ALEX FABIAN ARENAS ARAVENA
RUT: 15666928-8

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: ANDRES EDUARDO PEREZ CORREA
RUT: 15115586-3 PREVISIÓN: FONASA ISAPRE
DOMICILIO: DIEGO PORTALES COMUNA: REGIÓN:
N° TELÉFONO FIJO: 63926895 N° TELÉFONO CELULAR:
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL):

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:
DEPRESION

Confirmación Diagnóstica Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

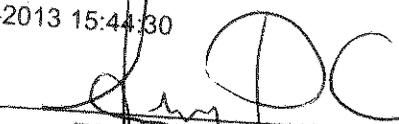
Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACION: 07-11-2013 15:44:30


INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)


TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____ Rut: _____

N° Teléfono Celular: _____ Dirección correo electrónico (e-mail): _____