ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

DF. 409
MSOP/lcd
11/11/2013

DECRETO ALCALDICIO No. 2.292

LITUECHE, 11de Noviembre de 2013.

CONSIDERANDO:

- La Licencia Médica presentada por el funcionario municipal, doña Iris Carmen Gloria Olguín Palma, autorizada por el doctor Juan Barros González, 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.- **Autorízase** el uso de **Licencia Médica,** al funcionario municipal que se individualiza:

- **Carmen Gloria Olguín Palma, Planta Jefatura 11° E. M.**
14 días. Desde el lunes 11 de noviembre del 2013 y hasta el sábado 24 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.

Ilustre Municipalidad de Litueche ALCALDE

RENE ACUÑA ECHEVERRIA
Alcalde

MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Secretaria Municipal

RAE/MSOP/MSOP/lcd
Distribución
- Secretaría Municipal
- Carpeta Interesado
- Archivo

2288
08.11.13 /406.

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.,

Ilustre Municipalidad de Litueche
Jefe Dpto. de Finanzas

MARÍA 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.

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD

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 A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PEREZ	CORREA	ANDRES EDUAR	15115586 - 3

FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
07/11/2013	07/11/2013	31	M

Nº DE DIAS	Nª DE DIAS EN PALABRAS	FIRMA TRABAJADOR
11	ONCE	*Documento firmado electrónicamente*

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

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: 1 (1 = SI, 2 = NO)

INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 (1 = 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

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL: (A = MAÑANA, B = TARDE, C = NOCHE)

LUGAR DE REPOSO: 1 (1 = SU DOMICILIO, 2 = HOSPITAL, 3 = OTRO DOMICILIO)

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA Obispo larraín, N 793,

Litueche

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 02-63926895

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
ARENAS	ARAVENA	ALEX FABIAN	15669928 - 8

REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
28367-3		MEDICINA INTERNA	1 (1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA)

TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL
09-82563166/	VICUÑA MACKENA , San Joaquin	*Documento firmado electrónicamente*

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.

MINISTERIO DE SALUD

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

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ilustre Municipalidad de Litueche

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

69091100-0 | 72-2209801 | 08/12/2013

RUN | TELEFONO | FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

Cardenal Caro 796

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

Litueche | [ ]

COMUNA | CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

[8]

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICCULTURA 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

OCUPACION

[11]

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).

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

REGIMEN PREVISIONAL

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

CÓDIGO [ ] LETRA (CAJA PREV) [ ]

NOMBRE INT. PREV. Modelo

CALIDAD DEL TRABAJADOR

[1]

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.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC [2] 1 = SI 2 = NO

Contrato de duración indefinida [1] 1 = SI 2 = NO

01/12/2012

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA)

01/12/2012

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

[ ]

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.F.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

[ ]

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

Ilustre Municipalidad de Litueche

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

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/

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD

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

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.

(INFORMACION 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
	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 previsional 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 PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 66 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

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 Litueche
ALCALDE

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

N° 3 002033369-3

Sucursal : Pontificia Universidad Catolica - 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 larrain, 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.- Colecistectomía 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.- Ortesis (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 cráneo 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 requieren uso de audífono
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.-Prevencion 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 [X] ISAPRE
DOMICILIO: DIEGO PORTALES COMUNA: REGIÓN:
N° TELÉFONO FIJO: 63926895 N° TELÉFONO CELULAR:
DIRRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL):

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:
DEPRESION
[X] 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

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

TOME 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): _____