



República de Chile  
I. Municipalidad de Zapallar  
Secretaría Municipal

**DECRETO DE ALCALDÍA N° 1.311 / 2015.-**

**ZAPALLAR, 03 de Marzo de 2015.-**

**VISTOS:**

**LOS ANTECEDENTES:** Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" Sentencia de Proclamación Rol N° 320/2012 del Tribunal Electoral de la Quinta Región de fecha 30 de Noviembre de 2012 que me nombra Alcalde de la Comuna; D.S. N° 13.063 de 1980, que aprueba traspaso de Servicios Públicos a la Municipalidad de Zapallar, las Postas Rurales de Zapallar y Catapilco; la Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; y Decreto de Alcaldía N° 3.610/2014 de fecha 29 de Julio de 2014 que delega firma del señor Alcalde en doña Ximena Olivares Cerpa, Administradora Municipal.

**CONSIDERANDO:**

- Memorándum N° 109/2015, de fecha 25 de Febrero de 2015, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.

**DECRETO:**

**CURSESE LICENCIA MEDICA** de la funcionaria del Departamento de Salud que se individualiza:

Nombre / Cargo	N° Licencia	N° días	Desde	Hasta
<b>JIMENA PIA SALINAS MARTINEZ</b> Psicóloga Cesfam Zapallar Departamento de Salud		01	10.02.2015	10.02.2015

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,**



**G. ANTONIO MOLINA DAINE**  
Secretario Municipal



**XIMENA OLIVARES CERPA**  
Administradora Municipal  
"Por Orden del Señor Alcalde"

C: SALUD/ Licencia Médica

**DISTRIBUCION:**

- 1.- DEPTO. DE SALUD.
- 2.- DEPTO. RECURSOS HUMANOS
- 3.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
- 4.- CONTRALORIA REGIONAL DE VALPARAISO.
- 5.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

CTL / SEC / pfc.



República de Chile  
I. Municipalidad de Zapallar  
Recursos Humanos

**MEMORANDUM N°109/2015**

**ANT.:** Elaboración de Decreto Alcaldicio

**MAT.:** Informa lo que indica

**ZAPALLAR,** 25 de Febrero de 2015



**A : ANTONIO MOLINA DAINE**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

**DE : RAMON MUÑOZ AZUA**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Licencia Medica:

- Licencia Médica N° 1-32870052 de la Funcionaria **Jimena Pía Salinas Martínez**, Cédula de Identidad N°8.310.459-7, Psicólogo del Centro de Salud Familiar Zapallar, por 01 día con fecha 10 de Febrero de 2015.

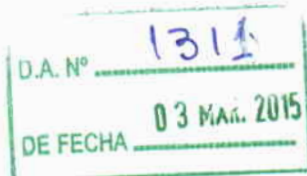
Saluda atentamente a usted,

  
  
**RAMON MUÑOZ AZUA**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

**Distribución**

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

RMA/hhn





# 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. Nº3/1984.

## Nº 1 - 32870052

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

S	a	l	i	n	e	s	M	a	r	t	i	n	e	z	J	i	m	e	n	a	P	i	0	8	3	1	0	4	5	9	7
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUN													

240215  
FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

100215  
DÍA MES AÑO

51  
EDAD

M 6 F  
F  
SEXO

01  
Nº DE DIAS

Uno  
Nº 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  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 Ruta E-46  
sector Parque Xinerel Zapallar

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : 94194547

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

R	e	c	a	b	e	l	V	a	l	d	e	h	e	n	i	t	o	A	l	M	e	d	i	c	o	-	g	e	n	e	r	a	l	1
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						ESPECIALIDAD						1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA										

17188471-3  
RUN

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

89881308  
TELEFONO

Yupay #124  
DIRECCION

FAX

FIRMA DEL PROFESIONAL

## NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

*[Firma]*

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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

1 = SI  2 = NO

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.