



República de Chile
 I. Municipalidad de Zapallar
 Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA N° 3.439 / 2015.-

ZAPALLAR, 17 de Junio 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; Decreto de Alcaldía N° 3.431/2015, de fecha 16 de Junio de 2015, que nombra Alcalde Subrogante a don Hernán Ortiz Gálvez.

CONSIDERANDO:

- Memorándum N° 349/2015, de fecha 17 de Junio 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
GABRIELA SILVA VALENCIA Técnico Paramédico Cesfam Zapallar	1-33587346	21	17.06.2015	07.07.2015

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,



G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal

C: SALUD/ Licencia Médica



HERNAN ORTIZ GALVEZ
Alcalde (S)

DISTRIBUCION:

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

CTL / SEC / ffd.-



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM N° 349/2015

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 17 de Junio de 2015

A : ANTONIO MOLINA DAINE
SECRETARIO MUNICIPAL

DE : JUAN MARQUEZ POBLETE
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

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

- Licencia Médica N° 1-33587346 de la Funcionaria **Gabriela Silva Valencia**, Cédula de Identidad N° 15.999.474-0, Paramédico Cesfam Zapallar, por 21 días desde el 17 de Junio de 2015 al 07 de Julio de 2015.

Saluda atentamente a usted,



JUAN MARQUEZ POBLETE
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JMP/yat



Licencia Médica

Nº1- 33587346



La COMPIN, la Subcomisión, 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. Nº3/1984.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: SILVA | APELLIDO MATERNO: JAZUÑA | NOMBRES: FABIANA | RUN: 15999440
 FECHA EMISION LICENCIA: 160615 | FECHA INICIO DE REPOSO: 170615 | DIA: 17 | MES: 06 | AÑO: 15 | FECHA DE NACIMIENTO: 091184 | EDAD: 30 | SEXO: F
 Nº DE DIAS: 021 | Nº DE DIAS EN PALABRAS: VEINTIUN

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño 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

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO 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 DE REPOSO: PUERTO SOTO
 CALLE: 279
 Nº: [] | DPTO: COTACILLO
 VILLA O POBLACION: SARAHUA
 COMUNA: []

TELEFONO: [] | CELULAR: []

CORREO ELECTRONICO: []

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: JIMENEZ | APELLIDO MATERNO: CRISTINA | NOMBRES: ROSA | ESPECIALIDAD: 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA
 RUN: 80644612 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 13582 | CORREO ELECTRONICO: []
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: [] | Nº: 1532
 CALLE: [] | FIRMA DEL PROFESIONAL: []

NO ABRIR, USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE		MUNICIPALIDAD DE ZARULLA		TOTAL DIAS	
[Firma]		[Timbre]		DESDE	HASTA
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES