



República de Chile
 I. Municipalidad de Zapallar
 Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA N° 4.501 / 2016.-

ZAPALLAR, 04 de Agosto de 2016.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" 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° 4.365/2016, de fecha 29 de Julio de 2016, que delega firma del señor Alcalde en el señor Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- Memorandum N° 586/2016, de fecha 04 de Agosto de 2016, 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 |
|--|-------------|---------|------------|------------|
| PAMELA RIVERA PERALTA Médico Estación Médico Rural Cachagua Departamento de Salud | | 02 | 03.08.2016 | 04.08.2016 |

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,



G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal

*C: SALUD/ Licencia Médica

DISTRIBUCION:

- 1.- DEPTO. DE SALUD.
- 2.- REGISTRO SIAPER.
- 3.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
- 4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

CTL / SEC / ffd.-



SERGIO PINEDA ANDONAEGUI
Administrador Municipal

"Por Orden del señor Alcalde"



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM N° 586/2016

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 04 de Agosto de 2016

A : ANTONIO MOLINA DAINE
SECRETARIO MUNICIPAL

DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

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

- Licencia Médica N° 1-36282313, de la Funcionaria **Pamela Rivera Peralta**, Cédula de Identidad N° 12.248.119-0, Medico Estación Medico Rural Cachagua, por 02 días a contar del 03 de Agosto de 2016 hasta el 04 de Agosto de 2016.

Saluda atentamente a usted,



JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JSL/yat





Licencia Médica

Nº1- 36282313

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 APELLIDO MATERNO NOMBRES

 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO DIA MES AÑO

 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

RUN M O F

 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

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).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

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

 CALLE

Nº DPTO

VILLA O POBLACION

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 APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR

CORREO ELECTRONICO

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| TOTAL DIAS | DESDE | | HASTA | | | |
|------------|-------|-----|-------|-----|-----|-----|
| | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

1= SI 2= NO
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados. |
|---|
| |
| |
| |
| |