



República de Chile  
 I. Municipalidad de Zapallar  
 Secretaría Municipal

**DECRETO DE ALCALDÍA N° 6.622 / 2016.-**

**ZAPALLAR, 14 de Noviembre 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° 903/2016, de fecha 16 de Febrero de 2016, que Aprueba Cuadros de Subrogancia para Cargos Directivos, Jefaturas y Encargados de Unidades de esta Municipalidad; Decreto de Alcaldía N° 4.690/2016, de fecha 16 de Agosto de 2016, que delega firma del señor Alcalde en el señor Juan Cristóbal Solís Lobos, Encargado de Recursos Humanos.

**CONSIDERANDO:**

- Memorándum N° 845/2016, de fecha 10 de Noviembre 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
CAROLINA VALDES NAVARRO Nutricionista Cesfam Zapallar Departamento de Salud	2-51787061	15	10.11.2016	24.11.2016

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,**



**ANA VARAS CUEVAS**  
 Secretario Municipal (S)

C: SALUD/ Licencia Médica

**DISTRIBUCION:**

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

CFU / SECY ffd.-



**JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS**  
 Encargado de Recursos Humanos

"Por Orden del señor Alcalde"



República de Chile  
**I. Municipalidad de Zapallar**  
**Recursos Humanos**

**MEMORANDUM N° 845/2016**

**ANT.:** Elaboración de Decreto Alcaldicio

**MAT.:** Informa lo que indica

**ZAPALLAR**, 10 de Noviembre de 2016

**A : ANA VARAS CUEVAS**  
**SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

**DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

---

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

- Licencia Médica N° 2-51787061, de la Funcionaria **Carolina Valdés Navarro**, Cédula de Identidad N° 12.816.937-7, Nutricionista Cesfam Zapallar, por 15 días a contar del 10 de Noviembre de 2016 hasta el 24 de Noviembre de 2016.

Saluda atentamente a usted,



*Juan Cristóbal Solís Lobos*  
**JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS**  
**ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS**

**Distribución**

- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/yat



# Licencia Médica

N° 2 - 51787061

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. N° 93/1984.

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.

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALDES NAVARRO CAROLINA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 09/11/16 FECHA EMISION LICENCIA 10/11/16 FECHA INICIO DE REPOSO  
 15 N° DE DIAS quince N° DE DIAS EN PALABRAS

12816937 - 7 RUN  
 250275 41 FECHA DE NACIMIENTO EDAD  
 M ó F 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 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) 43

DIRECCION DE REPOSO  
 LEOPOLDO INFANTE  
 CALLE 369 DPTO.  
 VILLA O POBLACION LIMPU  
 COMUNA  
 TELEFONO 984368368 CELULAR  
 CORREO ELECTRONICO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

Nenes Müller Loreto  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 13921620 - 2 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION  
 ANTONIO BELLET 77011301 CALLE  
 PROVIDENCIA COI

FIRMA DEL TRABAJADOR  
 Psiquiatría ESPECIALIDAD   
 Dra. Loreto Nenes Müller  
 Psiquiatría Adultos  
 Rut: 13.921.620-2  
 CORREO ELECTRONICO  
 FIRMA DEL PROFESIONAL

1= MEDICO  
 2= DENTISTA  
 3= MATRONA

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
  
 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.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajadores