

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON, 15 JUL 2020

DECRETO ALCALDICIO N° 1470

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52° de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 782, 783, 784, 785, 786, 787 de fecha 06 de julio del año 2020
6. Resolución N° 788, 789 de fecha 07 de julio del año 2020
7. Resolución N° 793 de fecha 09 de julio del año 2020
8. Resolución N° 797, 798 de fecha 08 de julio del año 2020
9. Resolución N° 799 de fecha 10 de julio del año 2020

DECRETO

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	N° DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
61183684	JUDITH ARTEAGA HIDALGO	[REDACTED]	30	05.07.2020	03.08.2020	E.COMUN	\$ 1,781,567
41669121-5	RICARDO GONZALEZ SANDOVAL	[REDACTED]	4	06.07.2020	09.07.2020	E.COMUN	\$ 170,668
41641818-7	MARCELA MARZAN CISTERNAS	[REDACTED]	15	05.07.2020	19.07.2020	E.COMUN	\$ 804,895
41633409-9	IVONNE GARAIKOA LAYANA	[REDACTED]	1	04.07.2020	04.07.2020	E.COMUN	\$ -
41657298-4	ALFREDO HERRERA IBAÑEZ	[REDACTED]	1	03.07.2020	03.07.2020	E.COMUN	\$ -
3718029-7	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	[REDACTED]	30	04.07.2020	02.08.2020	E.COMUN	\$ 1,369,802
61180565	PAMELA MUÑOZ CEA	[REDACTED]	30	06.07.2020	04.08.2020	E.COMUN	\$ 1,315,222
41723901-4	SOFIA GONZALEZ STUARDO	[REDACTED]	4	06.07.2020	09.07.2020	E.COMUN	\$ 276,569
40139819	GONZALO ROMAN SEVILLANO	[REDACTED]	5	06.07.2020	10.07.2020	E.COMUN	\$ 167,224
3733444-8	LUIS VALENZUELA VASQUEZ	[REDACTED]	30	06.07.2020	04.08.2020	E.COMUN	\$ 1,558,798
59945814	JUAN ARMIJO CATALAN	[REDACTED]	3	08.07.2020	10.07.2020	E.COMUN	\$ -
3730129-9	CARLOS UMAZABAL MEZA	[REDACTED]	30	06.07.2020	04.08.2020	E.COMUN	\$ 1,980,538

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



MARÍA LILIANA ESPINOZA GODOY

SECRETARIO MUNICIPAL



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado
		3

**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

782

000064

RESOLUCIÓN N°

CONCON, 06 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE: **JUDITH ARTEAGA HIDALGO C.I.: 7590211-5**

CATEGORÍA **C** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **CESFAM**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 61183684

N° DE DIAS **30** DESDE **05.07.2020** HASTA **03.08.2020**

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100% TOTAL	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario



2020



Licencia Médica

Nº 2 - 61183684

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.1b 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.

000063

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARTAGA HIDALGO JUDITH ANTONIA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

050720 FECHA EMISION LICENCIA 050720 FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO

30 Nº DE DIAS 13 DÍAS EN PALABRAS

7590277-5 RUN

020554 FECHA DE NACIMIENTO 66 EDAD M o F F SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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

1

RECUPERABILIDAD LABORAL 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

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 TACORA CALLE 12 Nº CON CON 2 VILLA O POBLACION CON CON COMUNA TELEFONO 979685328 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

FUENTES LEON CRISTOBAL IGNACIO ALONSO

16574778-8 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

PSIQUIATRIA ESPECIALIDAD CRISTOBAL FUENTES LEON PSICOMEDICO CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION PREGIA COMUNA QUILQUA

664 Nº FIRMA DEL PROFESIONAL 33 257 0060

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MES	DIAS	MES	DIAS	MES

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

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



783

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 06 de julio del 2020

300062

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **RICARDO GONZALEZ SANDOVAL** RUT N° **9.536.167-6**

GRADO **F** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
 FORMULARIO N°3041669121-5

N° DE DIAS **04** DESDE **06-07-2020** HASTA **09-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

	06-07-2020 08:00 a 20:00 (12horas)
Mauricio Tapia	07-07-2020 20:00 a 08:00 (12horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS AUTORIZADOS N° SALDO FINAL N°

VIÁTICO :

40% _____ 100% _____ TOTAL \$ _____

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO




FIRMA DIRECTOR SALUD



FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041669121-5

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

000061

G O N Z Á L E Z	S A N D O V A L	R I C A R D O A L B E	9 5 3 6 1 6 7	6
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
0 6 0 7 2 0 2 0	0 6 0 7 2 0 2 0	5 5	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 4	C U A T R O			
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

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 18.657)

APELIDO PATERNO	APELIDO 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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] [] DIA MES AÑO	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS	[] [] [] [] HORA MINUTOS	FECHA DE LA CONCEPCIÓN	[] [] [] [] MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>Granadilla 2 Llaimea 121,</u>	
<u>Viña del Mar</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-79515891</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B R A V O	A G U I R R E	J U A N P A B L O	2 6 4 8 2 8 9 2	9
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	1	
56-822811585/	Chañarcillo N, Concón	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<i>Documento firmado electrónicamente</i> FIRMA PROFESIONAL		

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 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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041669121-5

Sucursal : Municipalidad de Concon - DESAM - CESFAM Concón / SAPU

Fecha Otorgamiento : 06-07-2020 08:53 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000060

1. Datos Profesional

Profesional : Bravo Aguirre, Juan Pablo
Rut : 26482892-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Chañarillo N, Concón - Tel: 56-822811585

2. Datos Trabajador

Nombre : GONZÁLEZ SANDOVAL, RICARDO ALBERTO
Rut : 9536167-6
Edad : 55
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : Granadilla 2 Llaima 121, Viña del Mar
Fecha término : 09-07-2020 Teléfono : 09-79515891
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-07-2020 09:25 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 06-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-07-2020 09:25 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41669121-5 y código de verificación: 0768d2

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.



RESOLUCIÓN N°

789.

CONCÓN, 06 de julio del 2020

000059

TIPO DE BENEFICIO:

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **MARCELA MARZAN CISTERNAS** RUT N°. **12.824.682-7**

GRADO **C** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N.º 3041641818-7
N.º DE DIAS **15** DESDE **05-07-2020** HASTA **19-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

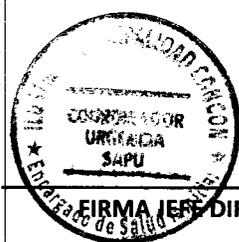
NICOLE PONCE	05-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N°	DIAS AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:		
40%	100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO:

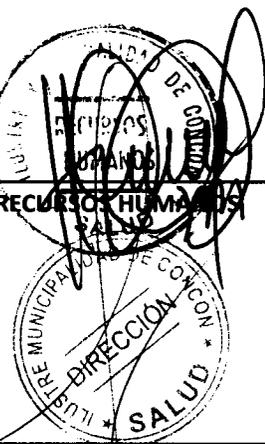
FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA DIRECTOR SALUD



Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041641818-7

000058

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARZÁN	CISTERNAS	MARCELA ALEJ	12824682	7
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>	
03072020	05072020	44	F	
<small>FECHA OTORGAMIENTO</small>	<small>FECHA INICIO REPOSO</small>	<small>EDAD</small>	<small>SEXO</small>	
15	QUINCE			
<small>N° DE DIAS</small>	<small>N° DE DIAS EN PALABRAS</small>			

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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 18.367)

<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>	
[]				
<small>FECHA NACIMIENTO</small>				

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO
INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] [] <small>DIA MES AÑO</small>
HORA MINUTOS	[] [] [] [] <small>HORA MINUTOS</small>
TRAYECTO	[] 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	[] [] [] [] [] [] <small>MES AÑO</small>

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>av manatial 877,</u>	
Concón _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-45060359</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GARCIA	ARELLANO	RODRIGO HUMB	7809147	9
<small>APELLIDO PATERNO</small>	<small>APELLIDO MATERNO</small>	<small>NOMBRES</small>	<small>RUN</small>	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
<u>09-93325916/</u>	<u>blanca estela 58, Concón</u>	<u>TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA</u>	<u>1</u>	
<small>TELÉFONO/FAX</small>	<small>DIRECCIÓN</small>	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
		<small>FIRMA PROFESIONAL</small>		

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041641818-7

Sucursal : IST - Instituto de Seguridad del Trabajo Concón

Fecha Otorgamiento : 03-07-2020 16:17 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

1. Datos Profesional

Profesional : GARCIA ARELLANO, RODRIGO HUMBERTO
Rut : 7809147-9
Especialidad : TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia PEDIÁTRICA
Dirección : blanca estela 58, Concón - Tel: 09-93325916

2. Datos Trabajador

Nombre : MARZÁN CISTERNAS, MARCELA ALEJANDRA
Rut : 12824682-7
Edad : 44
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 05-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 15 Dirección : av manatíal 877 , Concón
Fecha término : 19-07-2020 Teléfono : 09-45060359
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 03-07-2020 17:41 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 03-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-07-2020 17:41 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41641818-7 y código de verificación: 5d66e5

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que comete la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00314

RESOLUCIÓN N°

785

CONCÓN, 06 de julio del 2020 000056

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **IVONNE GARAICOA LAYANA** RUT N°. **14.740.783-1**

GRADO **A** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N° 3041633409-9

Nº DE DIAS **01** DESDE **04-07-2020** HASTA **04-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

TURNOS REEMPLAZADOS

04-07-2020	09:00 A 21:00 (12 HRS)
04-07-2020	21:00 A 09:00 (12 HRS)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

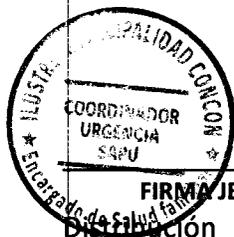
SALDO ACTUAL N° DIAS AUTORIZADOS N° SALDO FINAL N°

VIÁTICO:

40% 100% TOTAL \$ _____

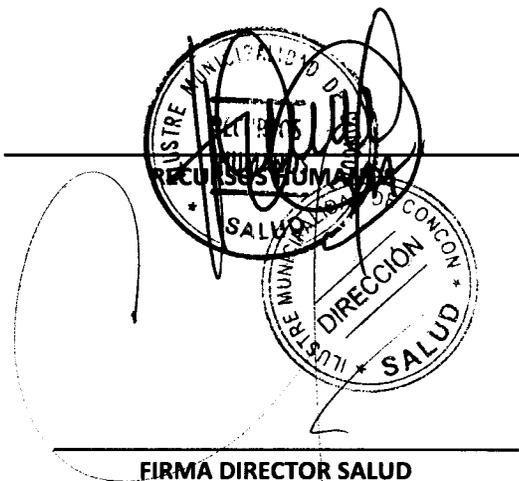
4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO

- Recursos Humanos.
- Funcionario.



FIRMA DIRECTOR SALUD





Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041633409-9

000055

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

G A R A I C O A	L A Y A N A	I V O N N E D E L R	1 4 7 4 0 7 8 9 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
0 3 0 7 2 0 2 0	0 4 0 7 2 0 2 0	4 7	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 1	U N O		
N° DE DIAS	N° DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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 16.617)

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 = SI 2 = NO
INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	[] [] [] [] [] [] DIA MES AÑO
HORA MINUTOS	[] [] [] [] 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 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	_____
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA	RIO IMPERIAL 435 VILLA ACONCAGUA, Concón
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-73872048

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B A N D A	C O N T R E R A S	A R A C E L Y L O R	9 2 9 7 9 9 2 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2852179/	Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar	EPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL	

Documento firmado electrónicamente

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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041633409-9

Sucursal : Corporacion Municipal de Viña del Mar - CESFAM Juan Carlos Baeza

Fecha Otorgamiento : 03-07-2020 14:19 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000054

1. Datos Profesional

Profesional : BANDA CONTRERAS, ARACELY LORENA
Rut : 9297992-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar - Tel: 32-2852179

2. Datos Trabajador

Nombre : GARAICOA LAYANA, IVONNE DEL ROCIO
Rut : 14740783-1
Edad : 47
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 1 Dirección : RIO IMPERIAL 435 VILLA ACONCAGUA, Concón
Fecha término : 04-07-2020 Teléfono : 09-73872048
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 03-07-2020 17:08 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 03-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-07-2020 17:08 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41633409-9 y código de verificación: dd3b37

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

786

000053
00315

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **ALFREDO HERRERA IBAÑEZ** RUT N°. **9.528.392-6**

GRADO **A** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N°3041657298-4

N° DE DIAS **01** DESDE **03-07-2020** HASTA **03-07-2020.**

SUBROGARA EL CARGO:
Turnos a reemplazar
03-07-2020 17:00 a 09:00 (16 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS AUTORIZADOS N° SALDO FINAL N°.

VIÁTICO :
40% _____ 100% _____ TOTAL \$ _____

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

[Handwritten signature]
MUNICIPALIDAD DE CONCON
RECURSOS HUMANOS
SALUD

MUNICIPALIDAD DE CONCON
COORDINADOR
URGENCIA
SAPU

FIRMA JEFE DIRECTO

MUNICIPALIDAD DE CONCON
DIRECCIÓN
SALUD

FIRMA DIRECTOR SALUD

MUNICIPALIDAD DE CONCON
DIRECTOR
DESAM
SALUD

- Recursos Humanos.
- Funcionario.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041657298-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

H E R R E R A	I B A Ñ E Z	A L F R E D O E D U A	9 5 2 8 3 9 2	6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
0 4 0 7 2 0 2 0	0 3 0 7 2 0 2 0	5 5	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 1	U N O			
N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS			

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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 18.697)

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 NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 1 = SI 2 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	INICIO TRAMITE 2 1 = SI 2 2 = NO
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	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	1 1 = SU DOMICILIO 2 2 = HOSPITAL 3 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>MANANTIALES 1325, DEPTO. 245,</u>	
Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-93232773</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

O L I V A R E S	J A R A	M I G U E L A N D R E S	1 7 3 5 4 8 7 4	5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
38608-1		MEDICINA GENERAL	1	1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA	
09-42616109/	3 Norte N 464 , Viña del Mar		3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
		FIRMA PROFESIONAL		

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 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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

000052



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041657298-4

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Viña del Mar Medico
Fecha Otorgamiento : 04-07-2020 12:00 hrs.
Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)
Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000051

1. Datos Profesional

Profesional : Olivares Jara, Miguelandres Oscar
Rut : 17354874-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : 3 Norte N 464 , Viña del Mar - Tel: 09-42616109

2. Datos Trabajador

Nombre : HERRERA IBAÑEZ, ALFREDO EDUARDO
Rut : 9528392-6
Edad : 55
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 03-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 1 Dirección : MANANTIALES 1325, DEPTO. 245, Concón
Fecha término : 03-07-2020 Teléfono : 09-93232773
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 06-07-2020 09:22 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 04-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-07-2020 09:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41657298-4 y código de verificación: 4a5129

El que incurra en las faltas del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00316
000050

787

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO.L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **CLAUDIO DIAZ CASTILLO** RUT N°. **7.462.510-K**

GRADO **F** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N°3718029-7
N° DE DIAS **30** DESDE **04-07-2020** HASTA **02-08-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

Carolina Carrasco	05-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	21-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	22-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	25-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	26-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	29-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	30-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	02-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

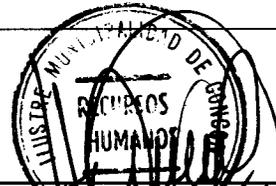
SALDO ACTUAL	N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO :			
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO:



FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO



FIRMA DIRECTOR SALUD



FIRMA DIRECTOR SALUD



Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

1368702

Licencia Médica

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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3718029-7

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13367663-5	207396		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	03-07-20 11:49	10100	73568600-3				
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-07-20 17:13	10102	73568600-3				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DÍAZ	CASTILLO	CLAUDIO ENRIQUE	7462510-K	65	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS		
03 07 20 Día Mes Año	04 07 20 Día Mes Año	30	TREINTA		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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=SI 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2	1=SI 2=No	
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=SI 2=No			
FECHA DE LA CONCEPCIÓN					

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	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;N°;DEPTO;COMUNA	7 HERMANAS . 0 VIÑA DEL MAR CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	0 - 958966559			

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANCISCO	13367663-5	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
PSIQUIATRIA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	69912	DRCATALAN@ICLOUD.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	
AVENIDA LIBERTAD 269 OF. 606 # VIÑA DEL MAR CHILE	322465120			
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



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 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.

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIOS 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 período solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

000048

FOLIO LICENCIA:	4-	3718029-7
ESTADO:		Tramitada para CCAF
FECHA ESTADO:		03/07/2020
MOTIVO NO RECEPCIÓN:		
FECHA TERMINO RELACIÓN:		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DÍAZ APELLIDO PATERNO	CASTILLO APELLIDO MATERNO	CLAUDIO ENRIQUE NOMBRES	7462510-K RUN
2020-07-03 FECHA EMISIÓN	2020-07-04 FECHA INICIO REPOSO	65 EDAD	M SEXO
30 N° DE DIAS	Treinta N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

- FECHA DE NACIMIENTO	- APELLIDO PATERNO	- APELLIDO MATERNO	- NOMBRES	- RUN
--------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	----------

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE CON CON			
73568600-3 RUN	322814058 TELÉFONO	03-07-2020 DÍA MES AÑO	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR SANTA LAURA 567 CON CON 567			
Concón COMUNA	Concón CIUDAD	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	8-Servicios estatales, Sociales, Personales e Internacionales
OCUPACIÓN:	19-Otro (Especificar)
FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:	03/07/2020

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

788

000047

CONCON, 07 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : PAMELA MUÑOZ CEA C.I: 11.548.365-K

CATEGORÍA C CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : CESFAM

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 61180565

N° DE DIAS 30 DESDE 06.07.2020 HASTA 04.08.2020

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100% TOTAL	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario



ACCIDENTE COMUN
 ACCIDENTE DE MEDICINA PREVENTIVA
 LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 DEFERIMIENTO COMO CUIDA NIÑO MENOR DE 1 AÑO
 ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 INCAPACIDAD PROFESIONAL
 FISIOPATOLOGIA DEL EMBARAZO

INICIO TRAMITE 1 - SI 1 - SI
 DE INVALIDEZ 2 - NO 2 - NO

TRAYECTO 1 - SI 2 - NO

FECHA DE LA CONFERENCIA
 MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1- REPOSO LABORAL TOTAL
 2- REPOSO LABORAL PARCIAL

LUGAR DE REPOSO 1- SU DOMICILIO 2- HOSPITAL

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO
 MANRIANA 18
 CALLE
 18
 DPTO
 Poblacion de San Fernando
 VILLA O POBLACION
 San Fernando
 COMUNA
 TELEFONO
 CELULAR
 CORREO ELECTRONICO

PERMISO AL COMPAÑIA NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN FORMULARIO Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO MATERNO: [Handwritten]

NOMBRES: [Handwritten]

ESPECIALIDAD: General

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: [Handwritten]

CORREO ELECTRONICO: [Handwritten]



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

789

000045

CONCON, 07 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : **SOFIA GONZALEZ STUARDO** C.I: 15.068.856-6

CATEGORÍA **B** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : **CESFAM**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 41723901-4

N° DE DIAS **4** DESDE **06.07.2020** HASTA **09.07.2020**

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100%	TOTAL

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario



216549

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041723901-4

Sucursal : Municipalidad de Concon - DESAM - CESFAM Concón / SAPU
Fecha Otorgamiento : 06-07-2020 19:45 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000043

1. Datos Profesional

Profesional : olivares garrote, francisco herman
Rut : 18584737-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Chañarillo N, Concón - Tel: 32-3244900

2. Datos Trabajador

Nombre : GONZALEZ STUARDO, SOFIA LORETO
Rut : 15068856-6
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : CALLE EL SOL 55 DEPTO. 113A COSTA MONTANA, Concón
Fecha término : 09-07-2020 Teléfono : 09-98712852
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 07-07-2020 09:35 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 06-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-07-2020 09:35 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41723901 y código de verificación: 944664

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

793

000042

CONCON, 09 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : GONZALO ROMAN SEVILLANO C.I: 8.245.179-K

CATEGORÍA E CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : CESFAM

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 40139819
N° DE DIAS 5 DESDE 06.07.2020 HASTA 10.07.2020

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100%	TOTAL

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

~~RECURSOS HUMANOS~~

FIRMA JEFE DIRECTO

~~FIRMA DIRECTOR SALUD~~

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario

16-7-2020





Licencia Médica

Nº 1 - 40139819

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										RUN				M & F
ROMAN										SEVILLANO										GONZALO										8245179				K
FECHA INICIO DE REPOSO					FECHA EMISION LICENCIA					DIA					MES					AÑO					FECHA DE NACIMIENTO				EDAD		SEXO			
060720					005					06					07					20					071059				60		M			
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																								
005										CINCO DIAS																								

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										FECHA DE NACIMIENTO				RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6- ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7- PATOLOGIA DEL EMBARAZO		RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1- SI <input type="checkbox"/> 2- NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 1- SI <input type="checkbox"/> 2- NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO HORA MINUTOS		TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1- SI <input checked="" type="checkbox"/> 2- NO	
FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO			

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1- REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2- REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>		A- MAÑANA B- TARDE C- NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1- SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2- HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3- OTRO DOMICILIO		JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION DE REPOSO JOSE YANEZ CALLE Nº 630 DPTO. VILLA O POBLACION COMUNA COMCOM TELEFONO CELULAR 97142858 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)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										ESPECIALIDAD				1- MEDICO 2- DENTISTA 3- MATRONA	
ORTIZ										VIVETAS										DIANUEL A										MEDICINA DE URGENCIA				1	
RUN					REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL					CORREO ELECTRONICO					FIRMA DEL TRABAJADOR					FIRMA DEL PROFESIONAL															
13420641-1					34394-3																														
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION										CALLE										COMUNA										Nº				TELEFONO	
ALVAREZ										VILLA DEL MATO										COMUNA										1532				969153503	

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

SINDROME EMETICO										1- CONFIRMADO		2- EN ESTUDIO	
OTROS DIAGNOSTICOS													
ANTECEDENTES CLINICOS										CEFALEA		Y VOMITOS	

SECCION B: (Uso exclusivo COMPIN, Subcomisión, Unidad de Licencias Médicas o ISAPRE)

COMPIN O ISAPRE										RESOLUCION Nº										ESTABLECIMIENTO										CODIGO ESTABLECIMIENTO			
TIPO DE LICENCIA		DESDE			HASTA			AUTORIZADO POR			DIAGNOSTICO			Nº DIAS PREVIOS																			
		DIA MES AÑO			DIA MES AÑO			DIAS			CÓDIGO CIE-10			1- PRIMERA 2- CONTINUACION																			

<input type="checkbox"/> 1- AUTORIZASE <input type="checkbox"/> 2- RECHAZASE <input type="checkbox"/> 3- AMPLIASE <input type="checkbox"/> 4- REDUCESE <input type="checkbox"/> 5- PENDIENTE DE RESOLUCION <input type="checkbox"/> REDICTAMEN		CAUSA RECHAZO <input type="checkbox"/> 1- REPOSO INJUSTIFICADO <input type="checkbox"/> 2- DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE <input type="checkbox"/> 3- FUERA DE PLAZO <input type="checkbox"/> 4- INCUMPLIMIENTO REPOSO <input type="checkbox"/> 5- OTRO (ESPECIFICAR)		<input type="checkbox"/> 1- REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2- REPOSO LABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> A- Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.L. Nº 44/78, Ley 18.469 y LEY 16.744. <input type="checkbox"/> B- Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56. <input type="checkbox"/> C- Sin derecho a subsidio.	
---	--	---	--	---	--	---	--

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES			FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES			REDICTAMEN		
DIA MES AÑO			DIA MES AÑO			DIA MES AÑO		

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE

REGISTRO COLEGIO MEDICO

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reducción menor en sus grados mínimo a medio



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

CC320

797

RESOLUCIÓN N°

000040

CONCÓN, 08 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO		LICENCIA MEDICA	X
P. COMPENSATORIO		VIATICOS	
HRS.COMPENSATORIAS		POSTERGACIÓN FERIADO L	
VACACIONES		P. SIN GOCE DE SUELDO	

DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **LUIS VALENZUELA VÁSQUEZ** RUT N°. **7.395.869-5**

GRADO **C** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:

FORMULARIO N°3733444-8

N. ° DE DIAS **30** DESDE **06-07-2020** HASTA **04-08-2020.**

SUBROGARA EL CARGO:

JUAN GARRAMUÑO	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	21-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	22-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	25-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	26-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	29-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	30-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	02-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	03-08-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:		
40%	100%	TOTAL \$ _____

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO
[Firma]
FIRMA JEFE DIRECTO

[Firma]
FIRMA DIRECTOR SALUD

ILUSTRE MUNICIPALIDAD CONCON
DIRECTOR DESAM
SALUD

- Distribución
- Recursos Humanos.
 - Funcionario.

1558708

Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIOS 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 período solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

000039

FOLIO LICENCIA: 4- 3733444-8
 ESTADO: Tramitada para CCAF
 FECHA ESTADO: 07/07/2020
 MOTIVO NO RECEPCIÓN:
 FECHA TERMINO RELACIÓN:

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

VALENZUELA APELLIDO PATERNO	VÁSQUEZ APELLIDO MATERNO	LUIS ANTONIO NOMBRES	7395869-5 RUN
2020-07-06 FECHA EMISIÓN	2020-07-06 FECHA INICIO REPOSO	64 EDAD	M SEXO
30 N° DE DIAS	Treinta N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

- FECHA DE NACIMIENTO	- APELLIDO PATERNO	- APELLIDO MATERNO	- NOMBRES	- RUN
--------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	----------

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD DE CON CON			
73568600-3 RUN	322814058 TELÉFONO	06-07-2020 DÍA MES AÑO	
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR SANTA LAURA 567 CON CON 567			
Concón COMUNA	Concón CIUDAD	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8-Servicios estatales, Sociales,
Personales e Internacionales

OCUPACIÓN:

14-Técnico

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:

07/07/2020

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.

Licencia Médica

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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3733444-8

OPERADOR: 4

000058

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	13367663-5	207396		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	06-07-20 18:33	10100	73568600-3				
51- TRAMITADA PARA CCAF	07-07-20 09:32	10102	73568600-3				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA	VÁSQUEZ	LUIS ANTONIO	7395869-5	64	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
06 07 20 Día Mes Año	06 07 20 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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=Si 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2	1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=Si 2=No		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA			
PSJE.GRANERO 15 VIÑA DEL MAR CHILE			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			9 - 91722705

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANCISCO	13367663-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRIA	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	69912	DRCATALAN@ICLOUD.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	

AVENIDA LIBERTAD 269 OF. 606 # VIÑA DEL MAR CHILE	322465120	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	PALOMA.VALENZUELA.ESPINOZA@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



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.

**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00321

000037

798

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 08 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **JUAN CARLOS ARMIJO CATALÁN** RUT N°. **13.052.756-6**

GRADO **F** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N° 59945814

N° DE DIAS **03** DESDE **08-07-2020** HASTA **10-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

CRISTIAN NAVARRO	08-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)
CRISTIAN NAVARRO	09-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)
CRISTIAN NAVARRO	10-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N°	DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

[Firma manuscrita]

FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

[Firma manuscrita]

RECURSOS HUMANOS

[Firma manuscrita]

FIRMA DIRECTOR SALUD

DIRECCIÓN



Licencia Médica

Nº 2 - 59945814

000036

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (ARMIJO), APELLIDO MATERNO (CALZADA), NOMBRES (JUAN CARLOS), RUN (130527386-6), FECHA EMISION LICENCIA (08/07/20), FECHA INICIO DE REPOSO (08/07/20), DIA/MES/AÑO, FECHA DE NACIMIENTO (06/10/36), EDAD (43), SEXO (M).

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Licence type selection box with options 1-7 and associated fields for recuperability, start of leave, and date of accident.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Rest characteristics form including rest type (1-2), location (1-3), justification, address (CASA 3), and contact information.

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)

Professional identification form: APELLIDO PATERNO (LIZANA), APELLIDO MATERNO (RUDOLF), NOMBRES (MAX), ESPECIALIDAD (ORTODONCIAS), RUN (105191939-9), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (105191939), DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION (LIBERTAD).

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e SALUD

Field for employer name and stamp: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Table with columns for dates: DESDE, HASTA, DIA, MES, AÑO.

Art. 13 - El trabajador deberá presentar la licencia médica en los últimos 6 meses...



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00322

RESOLUCIÓN N°

799

000035

CONCÓN, 10 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
CONTROL IST	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE CARLOS UMAZABAL MEZA	RUT N°. 10.472.549-K
GRADO C	CALIDAD JURÍDICA TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: SAR	

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:

FORMULARIO N° 3730129-9

N° DE DIAS **30** DESDE **06-07-2020** HASTA **04-08-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

Elizabeth León	06-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	07-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	10-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	11-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	14-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	15-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	18-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	19-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Juan Cumian	22-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Juan Cumian	23-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	26-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	27-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Juan Cumian	30-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Juan Cumian	31-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	03-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	04-08-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:			
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

[Firma manuscrita]
FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

RECURSOS HUMANOS

FIRMA DIRECTOR SALUD



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIOS 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 período solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

FOLIO LICENCIA: 4- **3730129-9** **000034**
 ESTADO: **Tramitada para CCAF**
 FECHA ESTADO: **06/07/2020**
 MOTIVO NO RECEPCIÓN:
 FECHA TERMINO RELACIÓN:

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

UMAZABAL APELLIDO PATERNO	MEZA APELLIDO MATERNO	CARLOS EDUARDO NOMBRES	10472549-K RUN
2020-07-06 FECHA EMISIÓN	2020-07-06 FECHA INICIO REPOSO	54 EDAD	M SEXO
30 N° DE DIAS	Treinta N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

-			
FECHA DE NACIMIENTO			
-	-	-	-
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD DE CON CON		
73568600-3 RUN	322814058 TELÉFONO	06-07-2020 DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
SANTA LAURA 567 CON CON 567		
Concón COMUNA	Concón CIUDAD	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

**8-Servicios estatales, Sociales,
Personales e Internacionales**

OCUPACIÓN:

14-Técnico

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:

06/07/2020Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.

Licencia Médica

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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3730129-9

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CÓDIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	61606500-9	101059		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CÓDIGO TRAMITACIÓN	RUT EMPLEADOR	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
1- OTORGADA	06-07-20 13:45	10100	73568600-3				
51- TRAMITADA PARA CCAF	06-07-20 15:39	10102	73568600-3				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

UMAZABAL	MEZA	CARLOS EDUARDO	10472549-K	54	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
06 07 20 Día Mes Año	06 07 20 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prórroga 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 TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	2 1=SI 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=SI 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Mañana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	2	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN CALLE,N°;DEPTO;COMUNA	SAN IGNACIO 725 VALPARAÍSO CHILE		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	0 - 979473485		

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GUTIÉRREZ	HORMAZÁBAL	CAMILO EDUARDO	16356129-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

-	1	1=Médico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CAMILO.GUTIERREZH@ICLOUD.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL			CORREO ELECTRÓNICO

SAN IGNACIO 725 # VALPARAÍSO CHILE	0	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

Firmado Electrónicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

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.



I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 RECURSOS HUMANOS

782

000032

RESOLUCIÓN N°

CONCON, 06 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : JUDITH ARTEAGA HIDALGO C.I.: 7590211-5

CATEGORIA C CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : CESFAM

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 61183684

N° DE DIAS 30 DESDE 05.07.2020 HASTA 03.08.2020

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE	FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100% TOTAL	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
 - Funcionario



Licencia Médica

Nº 2 - 61183684



La COMPA, la Subcomisión de Fines de Licencias Médicas de ISAPRES y el Comité de Fines de Licencias Médicas de la Subcomisión de Fines de Licencias Médicas de ISAPRES...

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARTAGAL HIDALGO JUDITH ANTONIA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
05 07 20 05 07 20
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
30 TREINTA
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

000031
7 5 9 0 2 7 7 - 5
RUN
0 2 0 5 5 4 6 6
FECHA DE NACIMIENTO EDAD
M 20 F
SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3- LICENCIA MATERNA, PRE Y POST NATA
4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 10 AÑOS
5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6- ENFERMEDAD PROFESIONAL
7- PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1
RECUPERABILIDAD LABORAL 1- SI 2- NO
INICIO DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE 2
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
HORA MINUTOS TRAYECTO
FECHA DE LA CONCEPCION

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1
TACORA
12
CON CON 2
CON CON
9 7 9 6 8 5 3 2 8

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LA COMPA A CORRESPONDIENTES ENTIDADES DE LA SALUD Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE AYUDAS Y PENSIONES

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Puentes Leon CRISTOBAL IGNACIO ALONSO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
16 5 7 4 1 7 7 8 - 8
RUN
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
PREGUIA
CALLE
QUILLORA
COMUNA
667
33 25 1 00 60

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

785

00312
100330

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE	RICARDO GONZALEZ SANDOVAL	RUT N°	9.536.167-6
GRADO	F	CALIDAD JURÍDICA	TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:	SAR		

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:

FORMULARIO N°3041669121-5

N° DE DIAS 04 DESDE 06-07-2020 HASTA 09-07-2020

SUBROGARA EL CARGO:

Mauricio Tapia
06-07-2020 08:00 a 20:00 (12horas)
07-07-2020 20:00 a 08:00 (12horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS AUTORIZADOS N° SALDO FINAL N°
VIÁTICO :
40% _____ 100% _____ TOTAL \$ _____

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- / Recursos Humanos.
- Funcionario.

RECURSOS HUMANOS



FIRMA DIRECTOR SALUD





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041669121-5

000029

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: G O N Z Á L E Z
 APELLIDO MATERNO: S A N D O V A L
 NOMBRES: R I C A R D O A L B E
 RUN: 9 5 3 6 1 6 7 - 6
 FECHA OTORGAMIENTO: 0 6 0 7 2 0 2 0
 FECHA INICIO REPOSO: 0 6 0 7 2 0 2 0
 EDAD: 5 5
 SEXO: M
 N° DE DIAS: 0 4
 N° DE DIAS EN PALABRAS: C U A T R O

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI / 2 = NO
 INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 1 = SI / 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 TRAYECTO: 1 = SI / 2 = NO
 HORA: _____ MINUTOS: _____

FECHA DE LA CONCEPCIÓN: _____
 MES: _____ AÑO: _____

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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): _____

DIRECCIÓN: CALLE, N° DEPTO, COMUNA: Granadilla 2 Llaime 121.
 Viña del Mar

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 09-79515891

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: B R A V O
 APELLIDO MATERNO: A G U I R R E
 NOMBRES: J U A N P A B L O
 RUN: 2 6 4 8 2 8 9 2 - 9

REG. COLEGIO PROFESIONAL: 56-822811585/
 TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO: _____
 DIRECCIÓN: Chañarcillo N. Concón

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

1 = MÉDICO / 2 = DENTISTA / 3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

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.



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041669121-5

Sucursal : Municipalidad de Concon - DESAM - CESFAM Concón / SAPU
Fecha Otorgamiento : 06-07-2020 08:53 hrs.
Entidad que se pronuncia : FONASA
Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000028

1. Datos Profesional

Profesional : Bravo Aguirre, Juan Pablo
Rut : 26482892-9
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Chañarillo N, Concón - Tel: 56-822811585

2. Datos Trabajador

Nombre : GONZÁLEZ SANDOVAL, RICARDO ALBERTO
Rut : 9536167-6
Edad : 55
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 4 Dirección : Granadilla 2 Llaima 121, Viña del Mar
Fecha término : 09-07-2020 Teléfono : 09-79515891
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 06-07-2020 09:25 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 06-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-07-2020 09:25 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **41669121-5** y código de verificación: **0768d2**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

784

00313

00002

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO:

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **MARCELA MARZAN CISTERNAS** RUT N°. **12.824.682-7**

GRADO **C** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:

FORMULARIO N.º 3041641818-7
N.º DE DIAS **15** DESDE **05-07-2020** HASTA **19-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

NICOLE PONCE	05-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
NICOLE PONCE	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N°	DIAS AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:		
40%	100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO:

FIRMA FUNCIONARIO

[Handwritten Signature]
FIRMA JEFE DIRECTO

RECURSOS HUMANOS

[Handwritten Signature]
FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041641818-7

000026

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA OTORGAMIENTO

FECHA INICIO REPOSO

EDAD

SEXO

N° DE DIAS

N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

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 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

1 = SI
 RECUPERABILIDAD LABORAL

1 = SI
 INICIO TRAMITE INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO
 DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

1 = SI
 TRAYECTO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN
 MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

A = MAÑANA
 B = TARDE
 C = NOCHE

1 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

LUGAR DE REPOSO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA av manatial 877,
 Concón

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-45060359

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

REG. COLEGIO PROFESIONAL 09-93325916/
 TELÉFONO/FAX

CORREO ELECTRÓNICO blanca.estela.58, Concón
 DIRECCIÓN

ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

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.

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041641818-7

Sucursal : IST - Instituto de Seguridad del Trabajo Concón

Fecha Otorgamiento : 03-07-2020 16:17 hrs.

Entidad que se pronuncia : FONASA

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE CONCON

000025

1. Datos Profesional

Profesional : GARCIA ARELLANO, RODRIGO HUMBERTO
Rut : 7809147-9
Especialidad : TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia PEDIÁTRICA
Dirección : blanca estela 58, Concón - Tel: 09-93325916

2. Datos Trabajador

Nombre : MARZÁN CISTERNAS, MARCELA ALEJANDRA
Rut : 12824682-7
Edad : 44
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 05-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 15 Dirección : av manatial 877, Concón
Fecha término : 19-07-2020 Teléfono : 09-45060359
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador para CCAF
Fecha Última Modificación : 03-07-2020 17:41 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 03-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-07-2020 17:41 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **41641818-7** y código de verificación: **5d66e5**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

785

00314

000024

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **IVONNE GARAICOA LAYANA** RUT N°. **14.740.783-1**

GRADO **A** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N° 3041633409-9

N° DE DIAS **01** DESDE **04-07-2020** HASTA **04-07-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

TURNOS REEMPLAZADOS

04-07-2020	09:00 A 21:00 (12 HRS)
04-07-2020	21:00 A 09:00 (12 HRS)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:			
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA DIRECTOR SALUD

FIRMA JEFE DIRECTO

- Distribución
- /- Recursos Humanos.
 - Funcionario.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD CONCON
DIRECTOR DESAM
SALUD

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : Corporacion Municipal de Viña del Mar - CESFAM Juan Carlos Baeza

N° 3 041633409-9

Fecha Otorgamiento : 03-07-2020 14:19 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000022

1. Datos Profesional

Profesional : BANDA CONTRERAS, ARACELY LORENA
Rut : 9297992-K
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar - Tel: 32-2852179

2. Datos Trabajador

Nombre : GARAICOA LAYANA, IVONNE DEL ROCIO
Rut : 14740783-1
Edad : 47
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 04-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 1 Dirección : RIO IMPERIAL 435 VILLA ACONCAGUA, Concón
Fecha término : 04-07-2020 Teléfono : 09-73872048
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 03-07-2020 17:08 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 03-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 03-07-2020 17:08 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **41633409-9** y código de verificación: **dd3b37**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

786

00315
000021

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **ALFREDO HERRERA IBAÑEZ** RUT N°. **9.528.392-6**

GRADO **A** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N°3041657298-4

N° DE DIAS **01** DESDE **03-07-2020** HASTA **03-07-2020**.

SUBROGARA EL CARGO:
Turnos a reemplazar **03-07-2020 17:00 a 09:00 (16 horas)**

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS AUTORIZADOS N° SALDO FINAL N°.

VIÁTICO :
40% _____ 100% _____ TOTAL \$ _____

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA DIRECTOR SALUD

- Recursos Humanos.
- Funcionario.





Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 041657298-4

000020

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

HERRERA				IBÁÑEZ				ALFREDO EDUA				9528392				6
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
04072020				03072020				55		M						
FECHA OTORGAMIENTO				FECHA INICIO REPOSO				EDAD		SEXO						
01		UNO														
N° DE DIAS		N° DE DIAS EN PALABRAS														

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

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 18.667)

APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
FECHA NACIMIENTO																

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA: [][] MES: [][] AÑO: [][][][]	
HORA: [][] MINUTOS: [][] TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES: [][] AÑO: [][][][]	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE: N°: DEPTO: COMUNA <u>MANANTIALES 1325, DEPTO. 245.</u> Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-93232773</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

OLIVARES				JARA				MIGUEL ANDRÉS				17354874				5
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
38608-1								MEDICINA GENERAL								1
REG. COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRÓNICO				ESPECIALIDAD								1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN
09-42616109/				3 Norte N 464, Viña del Mar				Documento firmado electrónicamente				FIRMA PROFESIONAL				
TELÉFONO/FAX				DIRECCIÓN												

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.



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041657298-4

Sucursal : MEGASALUD S.A. - Megasalud Viña del Mar Medico

Fecha Otorgamiento : 04-07-2020 12:00 hrs.

Entidad que se pronuncia : Nueva Masvida (ex Masvida)

Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

000019

1. Datos Profesional

Profesional : Olivares Jara, Miguelandres Oscar
Rut : 17354874-5
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : 3 Norte N 464 , Viña del Mar - Tel: 09-42616109

2. Datos Trabajador

Nombre : HERRERA IBAÑEZ, ALFREDO EDUARDO
Rut : 9528392-6
Edad : 55
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 03-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Días : 1 Dirección : MANANTIALES 1325, DEPTO. 245, Concón
Fecha término : 03-07-2020 Teléfono : 09-93232773
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 06-07-2020 09:22 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recepción : 04-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 06-07-2020 09:22 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **41657298-4** y código de verificación: **4a5129**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiére la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

787

00316
000018

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 06 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO.L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **CLAUDIO DIAZ CASTILLO** RUT N°. **7.462.510-K**

GRADO **F** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N°3718029-7
N° DE DIAS **30** DESDE **04-07-2020** HASTA **02-08-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

Carolina Carrasco	05-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Carolina Carrasco	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	21-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	22-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	25-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	26-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	29-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Georgina Ponce	30-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Georgina Ponce	02-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO :			
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO:

FIRMA FUNCIONARIO

[Firma manuscrita]

FIRMA JEFE DIRECTO

[Sello circular: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON, RECURSOS HUMANOS, DIRECCIÓN DE SALUD]

FIRMA DIRECTOR SALUD

- Distribución
- Recursos Humanos.
 - Funcionario.





Licencia Médica

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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3718029-7

OPERADOR 15

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR 78135801-4	TIPO FORMULARIO 3	EMPLEADOR ADSCRITO SI	CÓDIGO ENTIDAD 61603000-0 : FONASA	RUT PRESTADOR 13367663-5	CÓDIGO PRESTADOR 207396		
ESTADO LICENCIA 1- OTORGADA	FECHA ESTADO 03-07-20 11:49	CÓDIGO TRAMITACIÓN 10100	RUT EMPLEADOR 73568600-3	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
51- TRAMITADA PARA CCAF	03-07-20 17:13	10102	73568600-3				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DÍAZ CASTILLO	CLAUDIO ENRIQUE	7462510-K	65	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD
FECHA EMISIÓN LICENCIA 03 07 20 Día Mes Año	FECHA INICIO DE REPOSO 04 07 20 Día Mes Año	N° DE DÍAS 30	N° DE DÍAS EN PALABRAS TREINTA	SEXO

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común
 2=Prórroga 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=SI 2=No
 INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ 1=SI 2=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 TRAYECTO 1=SI 2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SÓLO PARA REPOSO PARCIAL
 2=Reposo Laboral Parcial

LUGAR DE REPOSO 1=Su Domicilio
 2=Hospital
 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
 DIRECCIÓN: CALLE: N°; DEPTO; COMUNA
 7 HERMANAS, 0 VIÑA DEL MAR CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 958966559

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANCISCO	13367663-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
PSIQUIATRIA	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	69912	DRCATALAN@ICLOUD.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO
AVENIDA LIBERTAD 269 OF. 606 # VIÑA DEL MAR CHILE			322465120
DIRECCIÓN			TELÉFONO
			FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLÍNICOS	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIOS 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 solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

000016

FOLIO LICENCIA:	4-	3718029-7
ESTADO:		Tramitada para CCAF
FECHA ESTADO:		03/07/2020
MOTIVO NO RECEPCIÓN:		
FECHA TERMINO RELACIÓN:		

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

DÍAZ APELLIDO PATERNO	CASTILLO APELLIDO MATERNO	CLAUDIO ENRIQUE NOMBRES	7462510-K RUN
2020-07-03 FECHA EMISIÓN	2020-07-04 FECHA INICIO REPOSO	65 EDAD	M SEXO
30 N° DE DIAS	Treinta N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

-	-		
FECHA DE NACIMIENTO			
-	-	-	-
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD DE CON CON		
73568600-3 RUN	322814058 TELÉFONO	03-07-2020 DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR		
SANTA LAURA 567 CON CON 567		
Concón COMUNA	Concón CIUDAD	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8-Servicios estatales, Sociales, Personales e Internacionales

Ocupación:

19-Otro (Especificar)

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIÓ:

03/07/2020

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

788

000015

CONCON, 07 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : PAMELA MUÑOZ CEA C.I: 11.548.365-K

CATEGORÍA C CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : CESFAM

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 61180565

N° DE DIAS 30 DESDE 06.07.2020 HASTA 04.08.2020

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100% TOTAL	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario



SEXO: M F
 FECHA DE NACIMIENTO: / /
 APELLIDO MATERNO: NOMBRES:
 RUN:

TIPO DE LICENCIA

1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2- PROGRAMA MEDICINA PREVENTIVA
 3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE CINCO
 5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRABAJO
 6- ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7- PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RESPONSABILIDAD LABORAL: SI NO
 FECHA DEL ACCIDENTE DEL EMBARAZO O DEL TRABAJO: / /
 FECHA DE LA CONCEPCION: / /

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

TIPO DE REPOSO: LABORAL TOTAL LABORAL PARCIAL
 DOMICILIO: DOMESTICO HOSPITAL OTRO DOMICILIO:
 UBICACION DEL Domicilio:
 VILLA O PUESTO DE:
 COMUNA:

AUTORIZO A COMPLETAR, NOTIFICAR, RESOLUCION DE EMISIÓN O ELETRONICO Y CANCELAR EN ESTE LÍNEA Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DEL AGUERO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO MATERNO: NOMBRES:
 RUN: REGISTRO COLLEJO PROFESIONAL:
 FIRMA DEL TRABAJADOR:

FIRMA DEL PROFESIONAL:
 CATEGORIA: MEDICO DENTISTA MATRONA
 CORREO ELECTRONICO:



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

RESOLUCIÓN N°

789

000013

CONCON, 07 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : **SOFIA GONZALEZ STUARDO** C.I: 15.068.856-6

CATEGORÍA **B** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : **CESFAM**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 41723901-4

N° DE DIAS **4** DESDE **06.07.2020** HASTA **09.07.2020**

SUBROGA EL CARGO:

NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

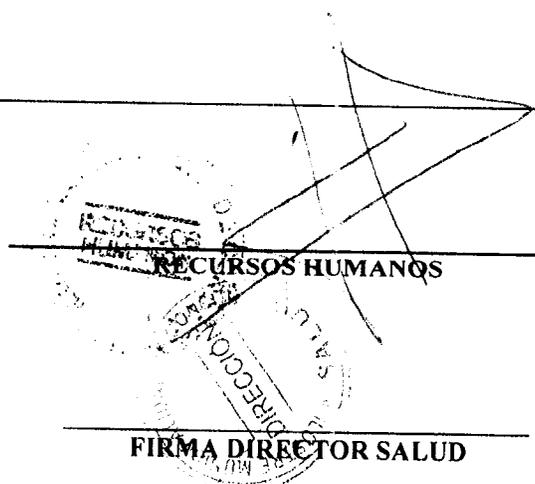
SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100%	TOTAL

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA DIRECTOR SALUD



Distribución Recursos Humanos
- Funcionario



Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 041723901-4

000011

Sucursal : Municipalidad de Concon - DESAM - CESFAM Concón / SAPU
Fecha Otorgamiento : 06-07-2020 19:45 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CONCON

1. Datos Profesional

Profesional : olivares garrote, francisco hernan
Rut : 18584737-3
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Chañarillo N, Concón - Tel: 32-3244900

2. Datos Trabajador

Nombre : GONZALEZ STUARDO, SOFIA LORETO
Rut : 15068856-6
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-07-2020 Lugar : Domicilio
N° Dias : 4 Dirección : CALLE EL SOL 55 DEPTO. 113A COSTA MONTEM, Concón
Fecha término : 09-07-2020 Teléfono : 09-98712852
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 07-07-2020 09:35 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 73568600-3
Fecha de Recaptación : 06-07-2020
Fecha de envío a pronunciamiento : 07-07-2020 09:35 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: 41723901-4 y código de verificación: 944664

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a seiscientos cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

000010

RESOLUCIÓN N°

793

CONCON, 09 DE JULIO DEL AÑO 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
H. COMPENSATORIO	
P. COMPENSATORIO	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
FUERO	
PERMISO DE MATRIMONIO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE : GONZALO ROMAN SEVILLANO C.I: 8.245.179-K
CATEGORÍA E CALIDAD JURÍDICA TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : CESFAM

2.- DATOS DEL BENEFICIO/FERIADO LEGAL:

FORMULARIO N° 40139819
N° DE DIAS 5 DESDE 06.07.2020 HASTA 10.07.2020
SUBROGA EL CARGO:
NOMBRE FIRMA

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL	AUTORIZADOS	SALDO FINAL
VIATICOS 40%	100%	TOTAL

4.- MOTIVO :

--

FIRMA FUNCIONARIO

RECURSOS HUMANOS

FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA DIRECTOR SALUD

Distribución Recursos Humanos
- Funcionario





Licencia Médica

Nº 1 - 40139819

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: ROMAN
 APELLIDO MATERNO: SEVILLANO
 NOMBRES: GONZALO
 FECHA EMISION LICENCIA: 060720
 FECHA INICIO DE REPOSO: 060720
 N° DE DIAS: 005
 N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO DIAS

RUN: 8245179-4
 M & F: M
 FECHA DE NACIMIENTO: 071059
 EDAD: 60
 SEXO: M

00009

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

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): _____
 DIRECCION DE REPOSO: JOSE YANEZ
 CALLE: 630
 N°: _____ OPTO: _____
 VILLA O POBLACION: CANCON
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: 97242858
 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)

APELLIDO PATERNO: ORTIZ
 APELLIDO MATERNO: VIVERRAS
 NOMBRES: DANIEL A
 RUN: 13420641-1
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 34394-3
 ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS
 CORREO ELECTRONICO: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: ALVAREZ
 CALLE: 1532
 COMUNA: VINA DEL MAR

A.6. DIAGNOSTICO PRINCIPAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: SINDROME EMETICO
 OTROS DIAGNOSTICOS: _____
 ANTECEDENTES CLINICOS: CEFALEA Y VOMITOS
 EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO: _____

SECCION B: (Uso exclusivo COMPIN, Subcomisión, Unidad de Licencias Médicas o ISAPRE)

COMPIN O ISAPRE: _____ RESOLUCION N°: _____
 ESTABLECIMIENTO: _____ CODIGO ESTABLECIMIENTO: _____
 TIPO DE LICENCIA: _____ DESDE: _____ HASTA: _____ AUTORIZADO POR: _____ DIAGNOSTICO: _____
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO DIAS CODIGO CIE-10

1= AUTORIZASE
 2= RECHAZASE
 3= AMPLIASE
 4= REDUCIASE
 5= PENDIENTE DE RESOLUCION
 REDICTAMEN

CAUSA RECHAZO:
 1= REPOSO INJUSTIFICADO
 2= DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE
 3= FUERA DE PLAZO
 4= INCUMPLIMIENTO REPOSO
 5= OTRO (ESPECIFICAR)

1= REPOSO LABORAL TOTAL
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE

A= Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. Nº 44/78, Ley 18.489 y LEY 16.744.
 B= Con derecho a subsidio de cargo del empleador a entidad responsable art. 56.
 C= Sin derecho a subsidio.

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO

PENDIENTE POR: _____
 FECHA DE RECEPCION EN COMPIN O ISAPRES: _____
 FECHA EMISION RESOLUCION COMPIN O ISAPRES: _____
 REDICTAMEN: _____
 NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MEDICO AUTORIZADO POR EL COMPIN O ISAPRE: _____
 REGISTRO COLEGIO MEDICO: _____

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00320
000008

RESOLUCIÓN N°

797

CONCÓN, 08 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO		LICENCIA MEDICA	X
P. COMPENSATORIO		VIATICOS	
HRS. COMPENSATORIAS		POSTERGACIÓN FERIADO L	
VACACIONES		P. SIN GOCE DE SUELDO	

DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE LUIS VALENZUELA VÁSQUEZ RUT N°. 7.395.869-5

GRADO C CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : SAR

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:

FORMULARIO N°3733444-8

N.º DE DIAS 30 DESDE 06-07-2020 HASTA 04-08-2020.

SUBROGARA EL CARGO:

JUAN GARRAMUÑO	06-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	09-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	10-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	13-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	14-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	17-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	18-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	21-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	22-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	25-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	26-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	29-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	30-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	02-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
JUAN GARRAMUÑO	03-08-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:		
40%	100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO :

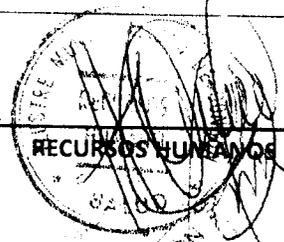
FIRMA FUNCIONARIO

[Firma manuscrita]

FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.



FIRMA DIRECTOR SALUD



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

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 período solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

000007

FOLIO LICENCIA: 4-
 ESTADO:
 FECHA ESTADO:
 MOTIVO NO RECEPCIÓN:
 FECHA TERMINO RELACIÓN:

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

<input type="text" value="VALENZUELA"/> APELLIDO PATERNO	<input type="text" value="VÁSQUEZ"/> APELLIDO MATERNO	<input type="text" value="LUIS ANTONIO"/> NOMBRES	<input type="text" value="7395869-5"/> RUN
<input type="text" value="2020-07-06"/> FECHA EMISIÓN	<input type="text" value="2020-07-06"/> FECHA INICIO REPOSO	<input type="text" value="64"/> EDAD	<input type="text" value="M"/> SEXO
<input type="text" value="30"/> N° DE DIAS	<input type="text" value="Treinta"/> N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

<input type="text" value="-"/> FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text" value="-"/> APELLIDO PATERNO	<input type="text" value="-"/> APELLIDO MATERNO	<input type="text" value="-"/> NOMBRES	<input type="text" value="-"/> RUN
---	--	--	---	---------------------------------------

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

<input type="text" value="MUNICIPALIDAD DE CON CON"/>			
<input type="text" value="73568600-3"/> RUN	<input type="text" value="322814058"/> TELÉFONO	<input type="text" value="06-07-2020"/> DÍA MES AÑO	
<input type="text" value="DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR SANTA LAURA 567 CON CON 567"/>			
<input type="text" value="Concón"/> COMUNA	<input type="text" value="Concón"/> CIUDAD	<input type="text" value="CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN"/>	

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCUPACIÓN:

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.



Licencia Médica

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. No 3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3733444-8

OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR 76135801-4	TIPO FORMULARIO 3	EMPLEADOR ADSCRITO SI	CÓDIGO ENTIDAD 61603000-0 : FONASA	RUT PRESTADOR 13367663-5	CÓDIGO PRESTADOR 207396
ESTADO LICENCIA 1- OTORGADA	FECHA ESTADO 06-07-20 18:33	CÓDIGO TRAMITACIÓN 10100	RUT EMPLEADOR 73568600-3	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN
51- TRAMITADA PARA CCAF	07-07-20 09:32	10102	73568600-3		

000006

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA	VÁSQUEZ	LUIS ANTONIO	7395869-5	64	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS
06 07 20 Día Mes Año	06 07 20 Día Mes Año	30	TREINTA

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1=Enfermedad o Accidente Común
 2=Prórroga 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No	INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1=SI <input type="checkbox"/> 2=No
-------------------------	---	-----------------------------	---

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1=SI <input checked="" type="checkbox"/> 2=No
---	----------	---

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

- 1=Reposo Laboral Total
 2=Reposo Laboral Parcial
- SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A=Mañana
 B=Tarde
 C=Noche

LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Su Domicilio <input type="checkbox"/> 2=Hospital <input type="checkbox"/> 3=Otro Domicilio
-----------------	--

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE N°, DEPTO, COMUNA
PSJE.GRANERO 15 VIÑA DEL MAR CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 9 - 91722705

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANCISCO	13367663-5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

PSIQUIATRIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Médico <input type="checkbox"/> 2=Dentista <input type="checkbox"/> 3=Matrona	69912	DRCATALAN@ICLOUD.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO

AVENIDA LIBERTAD 269 OF. 606 # VIÑA DEL MAR CHILE	322465120
DIRECCIÓN	TELÉFONO
	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	PALOMA.VALENZUELA.ESPINOZA@GMAIL.COM
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR

www.medipass.cl/WebAppDis/linkxml/xml/6788074.xml

1/4



TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 RECURSOS HUMANOS

0032105

798

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 08 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE JUAN CARLOS ARMIJO CATALÁN RUT N°. 13.052.756-6

GRADO F CALIDAD JURÍDICA TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: SAR

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
 FORMULARIO N° 59945814

N° DE DIAS 03 DESDE 08-07-2020 HASTA 10-07-2020

SUBROGARA EL CARGO:

CRISTIAN NAVARRO	08-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)
CRISTIAN NAVARRO	09-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)
CRISTIAN NAVARRO	10-07-2020	08:00 a 17:00 (09 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
40% 100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

[Handwritten Signature]

RECURSOS HUMANOS

[Handwritten Signature]

FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

FIRMA DIRECTOR SALUD

[Handwritten Signature]



SECCION A USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **ARMIJO** APELLIDO MATERNO: **CATALAN** NOMBRES: **JUAN CARLOS** RUN: **13052756-6**
 FECHA EMISION LICENCIA: **06 07 20** FECHA INICIO DE REPOSO: **08 07 20** FECHA DE NACIMIENTO: **06 10 76** EDAD: **43** SEXO: **M**
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: **TRES**

A.2 IDENTIFICACION DEL INVO

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ RUN: _____

A.3 TIPO DE LICENCIA

1. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA
 2. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON
 3. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON
 4. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON
 5. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON
 6. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON
 7. EMFERMEDAD AGUDA O CRONICA CON

REGIMEN DE TRABAJO: LABORAL DOMESTICO
 FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: _____
 CAUSA: _____

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1- REPOSO LABORAL TOTAL
 2- REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PA- A: 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: **PASAJE 3 CASA 5**
 CALLE: _____
 Nº: _____ DPTO: _____
 POBLACION: **POBLACION TORUAY**
 VILLA O POBLACION: _____
 COMUNA: **CONCON**
 TELEFONO: _____ CELULAR: **69 85468340**
 CORREO ELECTRONICO: _____

AVISO: LA SOLICITUD DE REPOSICION DE LA LICENCIA DEBE SER PRESENTADA EN FORMA ELECTRONICA Y/O CELULAR INDICADO EN ESTE FORMULARIO DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: **LIZANA** APELLIDO MATERNO: **RUDOLF** NOMBRES: **MAX** ESPECIALIDAD: **OTOLINGUISTRIA ORAL**
 RUN: **10518957-1** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: _____
 CALLE: **AV. LIBERTAD** Nº: **269**
 COMUNA: **VALDIA DEL MAR** TELEFONO: **32 320827**
 FIRMA DEL TRABAJADOR: _____
 FIRMA DEL PROFESIONAL: _____
 RUT: **10.518.957-1**

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPORE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	ANO	MES	DIA	MES	ANO

Art. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica en el momento de la recepción del documento.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



**I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS**

00322
000003

792

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 10 de julio del 2020.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS. COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
CONTROL IST	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

NOMBRE **CARLOS UMAZABAL MEZA** RUT N°. **10.472.549-K**

GRADO **C** CALIDAD JURÍDICA **TITULAR**

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE: **SAR**

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N° 3730129-9

N° DE DIAS **30** DESDE **06-07-2020** HASTA **04-08-2020**

SUBROGARA EL CARGO:

Elizabeth León	06-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	07-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	10-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	11-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	14-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	15-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	18-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	19-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Juan Cumian	22-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Juan Cumian	23-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	26-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	27-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Juan Cumian	30-07-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Juan Cumian	31-07-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)
Elizabeth León	03-08-2020	08:00 a 20:00 (12 horas)
Elizabeth León	04-08-2020	20:00 a 08:00 (12 horas)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL N° DIAS **40%** AUTORIZADOS N° **100%** SALDO FINAL N° **TOTAL \$**

VIÁTICO :

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

[Firma]

FIRMA JEFE DIRECTO

[Firma]

RECURSOS HUMANOS

DIRECCIÓN

FIRMA DIRECTOR SALUD

- Distribución
- Recursos Humanos.
 - Funcionario.



Comprobante de Licencia Médica Electrónica

MINISTERIO DE SALUD

000002

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 solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984

FOLIO LICENCIA: 4- 3730129-9
 ESTADO: Tramitada para CCAF
 FECHA ESTADO: 06/07/2020
 MOTIVO NO RECEPCIÓN:
 FECHA TERMINO RELACIÓN:

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

UMAZABAL APELLIDO PATERNO	MEZA APELLIDO MATERNO	CARLOS EDUARDO NOMBRES	10472549-K RUN
2020-07-06 FECHA EMISIÓN	2020-07-06 FECHA INICIO REPOSO	54 EDAD	M SEXO
30 N° DE DIAS	Treinta N° DE DIAS EN PALABRAS		

A.2. IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave de hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 de C. Del Trabajo) y juicio adopción plena (Ley 18.867).

- FECHA DE NACIMIENTO	- APELLIDO PATERNO	- APELLIDO MATERNO	- NOMBRES	- RUN
--------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	----------

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**C.1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

MUNICIPALIDAD DE CON CON		
73568600-3 RUN	322814058 TELÉFONO	06-07-2020 DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR SANTA LAURA 567 CON CON 567		
Concón COMUNA	Concón CIUDAD	CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

8-Servicios estatales, Sociales,
Personales e Internacionales

OCUPACIÓN:

14-Técnico

FECHA DISPOSICIÓN ENTIDAD QUE PRONUNCIA:

06/07/2020

Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a www.medipass.cl.



Licencia Médica

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. A.T. 16 D.S. No 3/1984.

000001
MINISTERIO DE SALUD

N° 3 3730129-9
OPERADOR: 4

SECCIÓN 0:

RUT OPERADOR 76135801-4	TIPO FORMULARIO 3	EMPLEADOR ADSCRITO SI	CÓDIGO ENTIDAD 61603000-0 : FONASA	RUT PRESTADOR 61606500-9	CÓDIGO PRESTADOR 101059		
ESTADO LICENCIA 1- OTORGADA	FECHA ESTADO 06-07-20 13:45	CÓDIGO TRAMITACIÓN 10100	RUT EMPLEADOR 73568600-3	FECHA TÉRMINO RELACIÓN	MOTIVO DEVOLUCIÓN	MOTIVO NO RECEPCIÓN	TIPO LIQUIDACIÓN
51- TRAMITADA PARA CCAF	06-07-20 15:39	10102	73568600-3				

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

UMAZABAL	MEZA	CARLOS EDUARDO	10472549-K	54	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO
FECHA EMISIÓN LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS		
06 07 20 Día Mes Año	06 07 20 Día Mes Año	30	TREINTA		

A.3 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común
 2=Prórroga 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=SI 2=No
 INICIO TRÁMITE DE INVÁLIDEZ: 2=SI 1=No

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 TRAYECTO: 1=SI 2=No

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total
 2=Reposo Laboral Parcial

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL
 A=Mañana
 B=Tarde
 C=Noche

LUGAR DE REPOSO: 2
 1=Su Domicilio
 2=Hospital
 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE: N°; DEPTO; COMUNA
SAN IGNACIO 725 VALPARAÍSO CHILE

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 979473485

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GUTIÉRREZ	HORMAZÁBAL	CAMILO EDUARDO	16356129-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

ESPECIALIDAD: 1=Médico
 2=Dentista
 3=Matrona

TIPO PROFESIONAL: _____
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: CAMILO.GUTIERREZH@ICLOUD.COM

SAN IGNACIO 725 # VALPARAÍSO CHILE

DIRECCIÓN

TELÉFONO: 0
FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
 INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 OTROS DIAGNÓSTICOS: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLÍNICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 CÓDIGO DIAGNÓSTICO OTRO: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
 DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: _____

EMAIL TRABAJADOR

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
 TRABAJADOR DEPENDIENTE

