

MAT: Ordena registro licencia médica a Doña Ana Pereda Ortiz.

VISTOS:

1. D.A. N°1628 de fecha 29.06.2021, mediante el cual asume funciones como Alcalde Titular de la I. Municipalidad de El Quisco Don José Antonio Jofré Bustos, en virtud de las facultades que le confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores;
2. D.E. N° 4408, de fecha 06.07.2021, que Delega la facultad de firma por Orden del Alcalde a los funcionarios que indica;
3. Resolución N° 6 de 2019 de Contraloría General de la República, que fija normas de exención del trámite de toma de razón, de materia de personal que se indican;
4. Resolución N°18 de 2017 de Contraloría General de la República, que fija normas sobre tramitación en línea de decretos y resoluciones relativos a las materias de personal que señala.
5. D.A. N°4503 de fecha 31.12.2013, que dispone numeración especial correlativa para aquellos decretos, que afecten a funcionarios municipales, de acuerdo al artículo 53° de la Ley N°18.695 y que deban registrarse a través del Sistema de Información y Control de Personal de la Administración del Estado (SIAPER);
6. La Ley 19.378 Art.19, que regula las Licencias Médicas a funcionarios de la Atención Primaria de Salud;
7. D.E. N° 4108 de fecha 20.11.2015, que aprueba nombramiento;
8. La Licencia Médica N°3 063565596-8 de fecha 23.12.2021, presentada por doña Ana Pereda Ortiz

CONSIDERANDO:

Licencia Médica N°3 063565596-8 de 23.11.2021, presentada por doña Ana Pereda Ortiz.

DECRETO:

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 063565596-8, presentada por **Doña Ana Pereda Ortiz**, cédula de identidad N°15.774.829-7, por un periodo de 11 días, a contar del 24.12.2021 y hasta el 03.01.2021, ambas fechas inclusive.
- II. Adopte el Departamento de Salud las medidas pertinentes para cumplimiento de esta Resolución.
- III. Anótese, Comuníquese, Dese Cuenta y Archívese.



POR ORDEN DEL SR. ALCALDE
FIRMA ELECTRÓNICA EN CONFORMIDAD CON EL ART. 2° LETRA F Y G DE LA LEY 19.799



MARLENE CATALAN MARIN
Secretaria Municipal

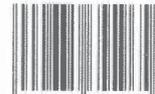


CATY ORELLANA MUÑOZ
Directora Departamento Salud
I. Municipalidad De El Quisco

MCM/COM/ata.
Distribución:
Contraloría Regional de Valparaíso.
Unidad técnica SIAPER.
Secretario Municipal.
Interesado.
Archivo.



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 063565596-8

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P	E	R	E	D	A					O	R	T	I	Z						A	N	A	P	A	L	O	M	A			1	5	7	7	4	8	2	5	-	7
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
2	3	1	2	2	0	2	1	2	4	1	2	2	0	2	1	3	7	F																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
1	1	O N C E																																						
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																																						

Documento firmado electrónicamente
Firma del 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 18.157)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRAYECTO <input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA <u>AVENIDA TRANQUE VIEJO 734</u>	
<u>PINARES DE PEÑABLANCA, Algarrobo</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-85137493</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

G	A	R	C	E	S					G	O	M	E	Z						J	H	O	N	G	U	I	L	L	E			1	4	6	8	3	4	0	0	-	0
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
<u>22872-9</u>										<u>MEDICINA GENERAL</u>										<input checked="" type="checkbox"/> 1																					
REG. COLEGIO PROFESIONAL										CORREO ELECTRÓNICO										ESPECIALIDAD										1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA											
<u>09-63390590/</u>										<u>Punta Arenas 62, Valparaíso</u>										<u>Documento firmado electrónicamente</u>																					
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																					

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica Otorgada para cotizante ISAPRE DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 063565596-8

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

MUNICIPALIDAD EL QUISCO

RAZON SOCIAL EMPLEADOR

690617000 - 5 TELEFONO 23122021

RUN FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

ISIDORO DUBORNAIS 240 DEPTO. 240 EL QUISCO

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR

EL QUISCO COMUNA CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

9

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL.
14 = TECNICO.
15 = VENDEDOR.
16 = ADMINISTRATIVO.
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

1 3

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL CALIDAD DEL TRABAJADOR SEGURO DE DESEMPLEO

1 = D.L. 3501 INP.
2 = D.L. 3500 A.F.P.
CÓDIGO 5 - LETRA (CAJA PREV)

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Trabajador afiliado a AFC 1 = SI
2 = NO
Contrato de duración indefinida 1 = SI
2 = NO

NOMBRE INT. PREV. HABITAT -

18062012 18062012

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

D
A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

CONSALUD

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 063565596-8

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B. (INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DÍAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DÍAS).

% DESAHUCIO
0 0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

1.830.914

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Table with columns: CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL, MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES (MES, AÑO, N° DÍAS), REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978) (IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS, TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)), SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (MONTO, N° DÍAS).

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 1 = SI
2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

Table with columns: TOTAL DÍAS, DESDE (DÍA, MES, AÑO), HASTA (DÍA, MES, AÑO). Row 1: 3, 01, 12, 2020, 03, 12, 2020.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 063565596-8

Sucursal : CENTRO MEDICO KINESICO LIMITADA - CENTRO MEDICO KINESICO LIMITADA
Fecha Otorgamiento : 23-12-2021 19:59 hrs.
Entidad que se pronuncia : CONSALUD
Empleador : Municipalidad El Quisco

1. Datos Profesional

Profesional : GARCES GOMEZ, JHON GUILLERMO
Rut : 14683400-0
Especialidad : MEDICINA GENERAL
Dirección : Punta Arenas 62 , Valparaíso - Tel: 09-63390590

2. Datos Trabajador

Nombre : PEREDA ORTIZ, ANA PALOMA
Rut : 15774829-7
Edad : 37
Sexo : Femenino
Tipo Licencia : 1, Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 24-12-2021
N° Dias : 11
Fecha término : 03-01-2022
Tipo : Reposo Total
Lugar : Domicilio
Dirección : AVENIDA TRANQUE VIEJO 734 PINAROS, PEÑABLANCA, Algarrobo
Teléfono : 09-85137493

4. Estado de la licencia

Estado : Tramitada por Empleador
Fecha Última Modificación : 23-12-2021 19:59 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69061700-5
Fecha de Recepción : 23-12-2021
Fecha de envío a pronunciamiento : 27-12-2021 08:59 rs.

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: **63565596-8** y código de verificación: **2ed15e**

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 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 setecientos cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.

Distribución:

MARÍA FERNANDA AHUMADA - SECRETARIA ALCALDIA - UNIDAD DE ALCALDIA



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese a:

<http://sgdoc.elquisco.cl/exedoc/rest/api/utills/descargarFirma/40676>