

MAT: Ordena registro licencia médica a Doña Nilza Espinoza Riquelme.

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°427 de fecha 20.01.2022, que aprueba nombramiento;
8. La Licencia Médica N°3 9147603 - 7 de fecha 14.02.2022, presentada por doña Nilza Espinoza Riquelme

CONSIDERANDO:

Licencia Médica N°3 9147603 - 7 de fecha 14.02.2022, presentada por doña Nilza Espinoza Riquelme.

DECRETO:

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 9147603 - 7 presentada por **Doña Nilza Espinoza Riquelme**, cédula de identidad N°13.161.189-7, por un periodo de 7 días, a contar del 14.02.2022 y hasta el 20.02.2022, 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 CATALÁN MARÍN
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 Medica

Nº3 Folio: 9147603-7

SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR. 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA		69061700-5	127833	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	14-02-22 10:10	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	15-02-22 23:41	10102	69061700-5				
53- VALIDADA POR CCAF SIN TODOS LOS ANTECEDENTES	16-02-22 08:29	10102	69061700-5				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	19-02-22 12:22	10102	69061700-5				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA	RIQUELME	NILZA IVONNE	13161189-7	48	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
14 02 22 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
14 02 22 Dia Mes Año

N DE DIAS
7

N DE DIAS EN PALABRAS
SIETE

A.3 TIPO DE LICENCIA

1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Promoiga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano 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 Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	1=SI 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A=Manana B=Tarde C=Noche
LUGAR DE REPOSO	1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAN SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE N, DEPTO, COMUNA PASAJE FILARET 241 EL QUISCO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 971372228			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CONCHA	GIESEN	CRISTOBAL	16088831-8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

MEDICINA GENERAL	1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	269596	CRISTOBLA.CONCHA.GIESEN@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AV. ISIDORO DUBOURNAIS N° 240 # El Quisco Chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	

Distribución:



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/47447>