

**MAT:** Ordena registro licencia médica a Doña Margarita García Cerda.

**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. D.A N°2877 de fecha 31.08.2022, instruye sobre revisiones mínimas de actos administrativos que deberá efectuar la Unidad de Control.
4. 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;
5. 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.
6. 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);
7. La Ley 19.378 Art.19, que regula las Licencias Médicas a funcionarios de la Atención Primaria de Salud;
8. D.E. N° 2042 de fecha 09.12.2010, que aprueba nombramiento;
9. La Licencia Médica N°3 12546533-1 de fecha 26.10.2022 presentada por Doña Margarita García Cerda.

**CONSIDERANDO:**

Licencia Médica N°3 12546533-1 de fecha 26.10.2022, presentada por Doña Margarita García Cerda.

**DECRETO:**

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 12546533-1, presentada por **Doña Margarita García Cerda**, cédula de identidad N°13.754.775-9, por un periodo de 3 días, a contar del 26.10.2022 y hasta el 28.10.2022, 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

## N°3 Folio: 12546533-1

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

### SECCION B:

| NUMERO DE LICENCIA                               | FECHA DE EMISION  | FECHA DE AUTORIZACION | FECHA DE VENCIMIENTO | FECHA DE RENOVACION | FECHA DE EXPIRACION | FECHA DE CANCELACION |
|--|-------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| 76135801-4                                       | 3                 | SI                    | 61603000-0 : FONASA  | 69061700-5          | 127833              |                      |
| ESTADO DE LA LICENCIA                            | FECHA DE EMISION  | FECHA DE AUTORIZACION | FECHA DE VENCIMIENTO | FECHA DE RENOVACION | FECHA DE EXPIRACION | FECHA DE CANCELACION |
| 1- OTORGADA                                      | 26-10-22<br>13:45 | 10100                 | 69061700-5           |                     |                     |                      |
| 51- TRAMITADA PARA CCAF                          | 28-10-22<br>11:37 | 10102                 | 69061700-5           |                     |                     |                      |
| 53- VALIDADA POR CCAF SIN TODOS LOS ANTECEDENTES | 28-10-22<br>14:11 | 10102                 | 69061700-5           |                     |                     |                      |
| 72- PRONUNCIADA PARA PAGD POR CCAF               | 02-11-22<br>23:35 | 10102                 | 69061700-5           |                     |                     |                      |

### SECCION A- USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|        |       |                  |            |    |   |
|--------|-------|------------------|------------|----|---|
| GARCIA | CERDA | MARGARITA ISABEL | 13754775-9 | 42 | F |
|--------|-------|------------------|------------|----|---|

Nombre: GARCIA CERDA MARGARITA ISABEL DNI: 13754775-9 Edad: 42 Sexo: F

|                  |
|------------------|
| FECHA DE EMISION |
| 26 10 22         |
| Dia Mes Año      |

|                       |
|-----------------------|
| FECHA DE AUTORIZACION |
| 26 10 22              |
| Dia Mes Año           |

|       |
|-------|
| SEÑAL |
| 3     |

|                      |
|----------------------|
| FECHA DE VENCIMIENTO |
| TRES                 |

#### A.2 TIPO DE LICENCIA

|  |
|--|
| <p>1=Enfermedad o Accidente Comun<br/>2=Prorroga Medicina Preventiva<br/>3=Licencia Maternal Pre y Post Natal<br/>4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano<br/>5=Accidente del Trabajo o del Trayecto<br/>6=Enfermedad Profesional<br/>7=Patologia del Embarazo</p> <p>1</p> |
| <p>1=SI 2=No</p> <p>1=SI 2=No</p> <p>1=SI 2=No</p>   |

#### A.4.1 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| 1=Reposo Laboral Total<br>2=Reposo Laboral Parcial | 1 | A=Manana<br>B=Tarde<br>C=Noche |
| 1=Su Domicilio<br>2=Hospital<br>3=Otro Domicilio   | 1 |                                |
| FIRMADO ELECTRONICAMENTE                           |   |                                |

#### A.3 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|      |        |         |           |
|------|--------|---------|-----------|
| JARA | SEGURA | BASILIO | 9487738-5 |
|------|--------|---------|-----------|

Nombre: JARA SEGURA BASILIO DNI: 9487738-5

|                  |   |                                     |        |                     |
|------------------|---|-------------------------------------|--------|---------------------|
| MEDICINA GENERAL | 1 | 1=Medico<br>2=Dentista<br>3=Matrona | 201370 | BACHODOCTO@YAHOO.ES |
|------------------|---|-------------------------------------|--------|---------------------|

Nombre: JARA SEGURA BASILIO DNI: 201370 Correo: BACHODOCTO@YAHOO.ES

|   |   |  |
|---|---|--|
| AV. ISIDORO DUBOURNAIS N° 240<br>El Quisco<br>Chile | 0 |  |
|---|---|--|

Dirección: AV. ISIDORO DUBOURNAIS N° 240 El Quisco Chile DNI: 0

Firmado Electrónicamente

Firma Electrónica

#### A.6 DIAGNOSTICO

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
|--------------------------|--------------------------|

Diagnóstico Principal: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Motivo de Consulta: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

|                          |
|--------------------------|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |
|--------------------------|

Examen Complementario: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Observaciones y Recomendaciones:

#### A.7 COMPLEMENTO

|                          |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL | INFORMACIÓN CONFIDENCIAL |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

Observaciones y Recomendaciones: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Motivo de Consulta: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Examen Complementario: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Tratamiento Prescrito: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Fecha de Emisión:



**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/84199>

