

MAT: Ordena registro licencia médica a Doña Paola de las Mercedes Gómez Droguett.

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° 10287 de fecha 09.11.2022, que Delega la facultad de firma 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 12606963-4 de fecha 02.11.2022, presentada por Doña Paola de las Mercedes Gómez Droguett.

CONSIDERANDO:

Licencia Médica N°3 12606963-4 de fecha 02.11.2022, presentada por Doña Paola de las Mercedes Gómez Droguett.

DECRETO:

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 12606963-4, presentada por **Doña Paola de las Mercedes Gómez Droguett**, cédula de identidad N° 12.271.402-0, por un periodo de 15 días, a contar del 01.11.2022 y hasta el 15.11.2022, 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



JORGE GONZALEZ ARANDA
Director (S) Departamento Salud
I. Municipalidad De El Quisco

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





Licencia Medica

Nº3 Folio: 12606963-4

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 1

SECCION B

MINISTERIO DE SALUD

Identificación	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	69061700-5	127833		
Operador	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador	Operador
1- OTORGADA	02-11-22 08:23	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	04-11-22 17:22	10102	69061700-5				
53- VALIDADA POR CCAF SIN TODOS LOS ANTECEDENTES	04-11-22 18:10	10102	69061700-5				

SECCION A USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GÓMEZ	DROGUETT	PAOLA DE LAS MERCEDE	12271402-0	50	F
-------	----------	----------------------	------------	----	---

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido

Nombre

Edad

Sexo

02 11 22
Dia Mes Año

01 11 22
Dia Mes Año

15

QUINCE

A.2 TIPO DE LICENCIA

1=Enfermedad o Accidente Común
2=Prorroga 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

1=Si 2=No

1=Si 2=No

1=Si 2=No

A.3 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total
2=Reposo Laboral Parcial

1=Su Domicilio
2=Hospital
3=Otro Domicilio

PJE FILARET 257 EL QUISCO

999873141

FIRMA
ELECTRONICAMENTE

A.4 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTILLO	OCHOA	JUAN	18406799-4
----------	-------	------	------------

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido

Nombre

MEDICINA GENERAL	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	JUANCASILLLO@UG.UCHILE.CL
------------------	-------------------------------------	---------------------------

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

AV. ISIDORO DUBOURNAIS N° 240 # El Quisco chile	0
---	---

Código Postal

País

Firma

Firmado Electrónicamente

Firma del Operador

A.5 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Apellido y Nombre

A.6 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Apellido y Nombre

Edad

Sexo



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/utls/descargarFirma/86090>

