

**MAT:** Ordena registro licencia médica a Doña Carolina Silva Ortega.

**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° 5671 de fecha 05.07.2022, que aprueba nombramiento;
9. La Licencia Médica N°3 12998715-4 de fecha 28.11.2022, presentada por Doña Carolina Silva Ortega.

**CONSIDERANDO:**

Licencia Médica N°3 12998715-4 de fecha 28.11.2022, presentada por Doña Carolina Silva Ortega.

**DECRETO:**

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 12998715-4, presentada por **Doña Carolina Silva Ortega**, cédula de identidad N°17.428.905-0, por 1 día, correspondiente al día 28.11.2022.
- 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



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



**MARLENE CATALÁN MARÍN**  
Secretaria Municipal



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





# Licencia Medica

Nº3 Folio: 12977283-2

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 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CÓDIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR	
76135801-4	3	SI	81603000-0 : FONASA		76098454-K	253868	
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1- OTORGADA	28-11-22 09:30	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	30-11-22 15:53	10102	69061700-5				
53- VALIDADA POR CCAF SIN TODOS LOS ANTECEDENTES	01-12-22 08:42	10102	69061700-5				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	03-12-22 12:33	10102	69061700-5				
8- LIQUIDADA	04-12-22 22:40	10102	69061700-5				1

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SILVA	ORTEGA	CAROLINA RAYEN	17428905-0	32	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEKO

FECHA EMISION LICENCIA		
28	11	22
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
28	11	22
Dia	Mes	Año

N DE DIAS
1

N DE DIAS EN PALABRAS
UNO

### A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Enfermedad o Accidente Comun 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=Patologia del Embarazo		
RECUPERABILIDAD LABORAL <input checked="" type="checkbox"/> 1	1=SI 2=No	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2	1=SI 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1=SI 2=No	FECHA DE LA CONCEPCION	

### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION: CALLE(N);DEPTO;COMUNA PEUMAYEN 0 EL QUISCO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 50517898			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ANGEL	CID	LETIZIA AURORA	16078916-6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

SIN ESPECIALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	555179	DRA.ANGELCID@OUTLOOK.ES
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3470 Estación Central Chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

### A. C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	CAROLINA.RAYEN@GMAIL.COM
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



**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/89777>

