

**MAT:** Ordena registro licencia médica a Doña María José González Armijo.

**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° 198 de fecha 11.01.2022, que aprueba nombramiento;
9. La Licencia Médica N°3 12926477-2 de fecha 23.11.2022, presentada por Doña María José González Armijo.

**CONSIDERANDO:**

Licencia Médica N°3 12926477-2 de fecha 23.11.2022, presentada por Doña María José González Armijo.

**DECRETO:**

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N°3 12926477-2, presentada por **María José González Armijo**, cédula de identidad N° 12.685.790-K, por 1 día, correspondiente al día 23.11.2022.
- 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 MARIN**  
Secretaria Municipal



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





# Licencia Medica

Nº3 Folio: 12926477-2

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 3

MINISTERIO DE SALUD

IDENTIFICACION	FECHA DE EMISION	ESTADO DE LICENCIA	ORIGEN MEDICO	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	61603000-0 : FONASA	17455601-6	356384		
FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	TIPO DE LICENCIA	ESTADO DE LICENCIA	FECHA DE EMISION	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE RECEPCION	TIPO DE LICENCIACION
1- OTORGADA	23-11-22 08:56	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	24-11-22 17:51	10102	69061700-5				
52- VALIDADA POR CCAF	25-11-22 08:04	10102	69061700-5				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	29-11-22 01:32	10102	69061700-5				
8- LIQUIDADADA	30-11-22 10:27	10102	69061700-5				1

## SEÑALACION Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

GONZALEZ	ARMJO	MARIA JOSE	19308067-7	26	F
----------	-------	------------	------------	----	---

FECHA DE EMISION

23 11 22  
Dia Mes Año

FECHA DE VENCIMIENTO

23 11 22  
Dia Mes Año

TIPO DE LICENCIA

1

FECHA DE RECEPCION

UNO

### A.2 TIPO DE LICENCIA

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

1

1=Si 2=No

2

1=Si 2=No

1=Si 2=No

### A.4 CARACTERISTICAS DEL PEPOSO

1=Reposo Laboral Total  
2=Reposo Laboral Parcial

1

1=Su Domicilio  
2=Hospital  
3=Otro Domicilio

1

BOSQUES DE PUNTA DE TRALCA PARCELA 63 0 EL QUISCO

0

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

RUBIO	VERA	JULIO ANDRES	17455601-6
-------	------	--------------	------------

1

1=Medico  
2=Dentista  
3=Matrona

42828-0

JULIORUBIOVERA@GMAIL.COM

Génova 536  
#  
San Antonio  
chile

0

INFORMACION CONFIDENCIAL

MARIAJOSE.GONZALEZAR@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/89783>

