

MAT: Ordena registro licencia médica a Don Jose Briones San Martin.

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.E. N°8727, de fecha 29.09.2022, que designa subrogancias que indica.
4. D.A N°2877 de fecha 31.08.2022, instruye sobre revisiones mínimas de actos administrativos que deberá efectuar la Unidad de Control.
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° 499 de fecha 20.01.2022, que aprueba nombramiento;
9. La Licencia Médica N° 3 13131967-3 de fecha 09.12.2022, presentada por Don Jose Briones San Martin.

CONSIDERANDO:

- a) Licencia Médica N° 3 13131967-3 de fecha 09.12.2022, presentada por Don Jose Briones San Martin.

DECRETO:

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N° 3 13131967-3, presentada por **Don Jose Briones San Martin**, cédula de identidad N°12.866.493-9, por un periodo de 5 días, a contar del 08.12.2022 y hasta el 12.12.2022, 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



ANTONIO PAREDES PÉREZ
Secretario Municipal (S)



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

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





Licencia Medica

Nº3 Folio: 13131967-3

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.
MINISTERIO DE SALUD

OPERADOR: 4

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
78135801-4	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	09-12-22 10:35	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	12-12-22 13:49	10102	69061700-5				
52- VALIDADA POR CCAF	12-12-22 16:13	10102	69061700-5				

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

BRIONES	SAN MARTÍN	JOSÉ MANUEL	12866493-9	47	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
09 12 22 Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
08 12 22 Dia Mes Año

N DE DIAS
5

N DE DIAS EN PALABRAS
CINCO

A.3 TIPO DE LICENCIA

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

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 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=Su Domicilio <input type="checkbox"/> 2=Hospital <input type="checkbox"/> 3=Otro Domicilio	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (1):		
DIRECCION: CALLE,N,DEPTO.COMUNA MAR DE PLATA 1371 EL QUISCO		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 996157575		

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ROJAS	SANCHEZ	OMAR ANTONIO	28467423-9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	OMARROJAS1618@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

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

Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNÓSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNÓSTICO OTRO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR



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/92127>

