

MAT: Ordena registro licencia médica a Don Krystofher Aranda Aranda.

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° 383 de fecha 14.01.2022, que aprueba nombramiento;
9. La Licencia Médica N° 3 13113845-8 de fecha 07.12.2022, presentada por Krystofher Aranda Aranda.

CONSIDERANDO:

- a) Licencia Médica N° 3 13113845-8 de fecha 07.12.2022, presentada por Krystofher Aranda Aranda.

DECRETO:

- I. **Regístrese** en el sistema de control de asistencia la licencia médica N° 3 13113845-8, presentada por **Krystofher Aranda Aranda**, cédula de identidad N° 18.162.662.-3, por un periodo de 4 días, a contar del 06.12.2022 y hasta el 09.12.2022, 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

N°3 Folio: 13113845-8

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	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	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	07-12-22 08:12	10100	69061700-5				
51- TRAMITADA PARA CCAF	09-12-22 13:06	10102	69061700-5				
52- VALIDADA POR CCAF	09-12-22 14:13	10102	69061700-5				
72- PRONUNCIADA PARA PAGO POR CCAF	12-12-22 16:38	10102	69061700-5				
8- LIQUIDADADA	13-12-22 06:59	10102	69061700-5				1

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ARANDA	ARANDA	KRYSTOFHER ERIC	18162662-3	30	M
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA		
07	12	22
Dia	Mes	Año

FECHA INICIO DE REPOSO		
06	12	22
Dia	Mes	Año

N. DE PAG.
4

N. DE DIAS EN PALABRAS
CUATRO

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pra y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano 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 CAMINO DEL MEDIO 0 ALGARROBO			
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 965177944			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

OLLARVEZ	RODRIGUEZ	GUSTAVO ADOLFO	26357431-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORPEO ELECTRONICO
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		GUSTAVO1686MI@GMAIL.COM

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

Firmado Electronicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACION CONFIDENCIAL
ANTECEDENTES CLINICOS

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

A.C COMPLEMENTO

INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	INFORMACION CONFIDENCIAL	EMAIL TRABAJADOR
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	



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/92349>

