

CONCON, 27 ENE 2016

DECRETO REGISTRADO N° 181 /

VISTOS:

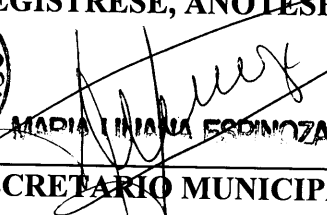
1. La Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
2. La Ley N° 18.883 Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales cuya aplicación es de carácter supletoria a la Ley N° 19.378, según lo dispuesto en el artículo 4 de este último Cuerpo Estatutario.
3. Decreto Supremo N° 1.889/95, que reglamenta la carrera funcionaria de la Ley 19.378.
4. Decreto Supremo N° 19.543 del 24 de diciembre de 1997, que traspaso la administración de los servicios de Salud y educación desde la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social a la Municipalidad de Concón.
5. Decreto Presupuestario N° 944 de fecha 17 de Diciembre del 2015, que aprueba Presupuesto de Salud año 2016, con acuerdo de concejo.
6. Decreto Registrado N° 2.211 de fecha 29 de Septiembre del 2015, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2016.
7. Resolución N° 596 de fecha 14 de diciembre año 2015
8. Resolución N° 613 de fecha 28 de diciembre año 2015
9. Certificado disponibilidad presupuestaria n° 15 de fecha 13 de enero del año 2016-
10. Nómina de Funcionarios mes de diciembre año 2015.-
11. Curriculum Vitae, Cedula de Identidad, certificado de título, Declaración Jurada, Certificado de Nacimiento, certificado de inscripción en la superintendencia de salud.
12. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica.
13. El Art 52 de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
14. Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO

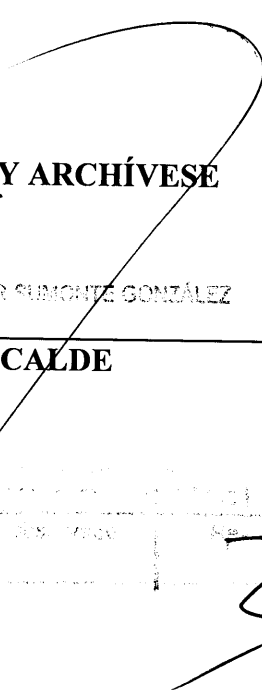
1. **RATIFIQUESE** el Nombramiento en calidad de REEMPLAZO como Técnico de salud, por los días 13 y 16 de diciembre del año 2015 a Doña **CAMILA RAMOS ARAYA, C.I. N°** para reemplazar permiso de licencia médica de Don Luis Valenzuela V. y José Moncada G., cumpliendo labores de Técnico de salud en el SAPU de Concón.
2. **EL NOMBRAMIENTO**, es por 24 horas turno SAPU, las remuneraciones que percibirá el funcionario por las horas efectuadas serán equivalentes al escalafón de la categoría C, Nivel 15.
3. **IMPÚTESE**, el costo que irroga este Decreto al presupuesto vigente, Subtítulo 21.03.005 "Suplencias y Reemplazos"
4. **NOTIFIQUESE**, por Secretaria Municipal.
(Inglaterra 290 Villa Hermosa, Viña Del Mar)

REGISTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE




MARIANA ESPINOZA GODOY
SECRETARIO MUNICIPAL




OSCAR SUNCENTE GONZÁLEZ
ALCALDE

DISTRIBUCION:

- REGISTRO SIAPER
- SECRETARIA MUNICIPAL
- INTERESADO
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

CERTIFICADO N° 15

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

De conformidad al presupuesto aprobado por esta institución, certifico que a la fecha del presente, el Departamento de Salud cuenta con disponibilidad presupuestaria para financiar lo siguiente: Cuenta de SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS 21.03.005.-

En Concón a, 13 de enero del año 2016.-




RENATO MADRIAZA RETAMAL
JEFE DE ADMINISTRACIÓN DESAM

RMR/rmr

C.C.:

- Archivo

000596

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 14 de diciembre de 2015.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
PERMISO MATRIMONIAL	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)			
JOSÉ MONCADA GONZALEZ		13.991.216-0	
NOMBRE		RUT N°.	
GRADO	C	CALIDAD JURÍDICA	TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : SAPU			

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:			
FORMULARIO N° 49385456			
N° DE HORAS DIAS 02	DESDE	120-12-2015	HASTA 13-12-2015
SUBROGARA EL CARGO:			
CAMILA RAMOS	13-12-2015	08:00 A 20:00 (12HORAS)	

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)			
SALDO ACTUAL N°	DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO :			
40%		100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

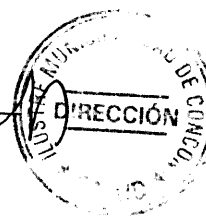
RECURSOS HUMANOS

FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

FIRMA DIRECTOR SALUD





Licencia Médica

Nº 2-49385456

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3.1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MONCADA GONZALEZ JOSE MIGUEL
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
121215 121215
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
002 802 815
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

13991216 0
RUN M O F
091280 35
FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.267).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 1= SI 2= NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

LEPE LOPEZ JAIRO AND
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

13766976 1
RUN

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

SON LONARCA
CALLE

VIRAMAISO
COMUNA

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

725
Nº

32 236 4000
TELÉFONO

CORREO ELECTRONICO

Dr. Jaime Lepe Lobos

Médico Cirujano

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

13766976 1

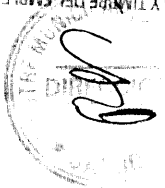
13766976 1

13766976 1

13766976 1

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS DESDE DIA MES AÑO

1= SI 2= NO

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS

RESOLUCIÓN N°

000613
CONCÓN, 28 de diciembre de 2015.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)

LUIS VALENZUELA VÁSQUEZ

7.395.869-5

NOMBRE

RUT N°.

GRADO

C

CALIDAD JURÍDICA

TITULAR

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE :SAPU

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:
FORMULARIO N°3007426822-6

Nº DE DIAS 15

DESDE 15-12-2015

HASTA 29-12-2015

SUBROGARA EL CARGO:

PETER CYPERDIUK

15.12.2015

08:00 A 20:00 (12HRS)

CAMILA RAMOS

16.12.2015

20:00 A 08:00 (12HRS)

PATRICIA BAHAMONDES

19.12.2015

08:00 A 20:00 (12HRS)

VICTOR HORMAZABAL

20.12.2015

20:00 A 08:00 (12HRS)

PATRICIA BAHAMONDES

23.12.2015

08:00 A 20:00 (12HRS)

IRSA MARTINEZ

24.12.2015

20:00 A 08:00 (12HRS)

PATRICIA BAHAMONDES

27.12.2015

08:00 A 20:00 (12HRS)

PATRICIA BAHAMONDES

28.12.2015

20:00 A 08:00 (12HRS)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)

SALDO ACTUAL

Nº DIAS

AUTORIZADOS N°

SALDO FINAL N°

VIÁTICO :

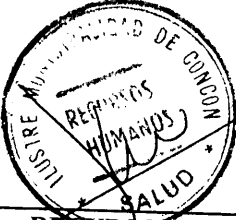
40%

100%

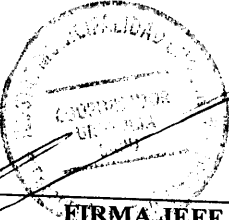
TOTAL \$

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO

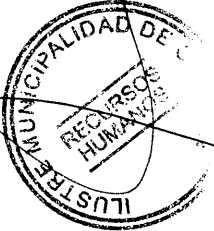


FIRMA DIRECTOR SALUD



Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 007426822-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA VÁSQUEZ LUIS ANTONIO 7395869 - 5
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
16122015 15122015 59 M
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
15 QUINCE
N° DE DÍAS N° DE DÍAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
1
RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

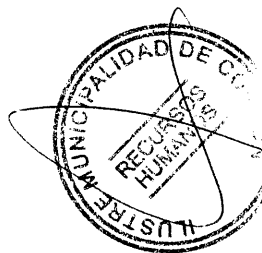
A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
1
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA CALLE GRANEROS 16 EL OLIVAR, Viña del Mar
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-91722702

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ZAPICO GUERRA ALVARO JAVIER 7010495 - 4
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
18229-k
REG. COLEGIO PROFESIONAL CIRUGÍA GENERAL 1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2573445/ ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX CAUPOLICÁN, Quilpúe DIRECCIÓN
Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES

- Nombre: Camila Alejandra Ramos Araya
- RUT: 16.887.170-8
- Edad: 27 años
- Fecha de nacimiento: 31 de Mayo 1988, Viña del Mar
- Nacionalidad: Chilena
- Estado Civil: Soltera
- Licencia de conducir: Clase B
- Fono: (08) 7280507
- Mail: k_mila088@hotmail.com
- Dirección: Inglaterra 290 Villa Hermosa, Viña del Mar

EDUCACIÓN

- 2013-2016 Cursando Enfermería, Universidad de Las Américas.
- 2007-2010 Técnico nivel superior de enfermería, Instituto Profesional Duoc UC, Valparaíso.
- 2001-2005 Enseñanza media Colegio Pasionistas de Quilpué, Quilpué.
- 1992-2000 Enseñanza básica Colegio Pasionistas de Quilpué, Quilpué.

FORMACIÓN EXTRA ACADÉMICA

- Junio 2008
Curso RCP dictado en Quilpué, acreditado por ANB

- Noviembre 2008
Curso Trauma, el técnico paramédico y su intervención, dictado por colegio de paramédicos de Chile. Duración 20 horas académicas.

EXPERIENCIA LABORAL

- 2015-2016 SAPU Miraflores, Viña del Mar.
Técnico de enfermería
Remplazo.
- 2014-2015 Inacap, Valparaíso.
Relatora curso primeros auxilios.
- 2009- 2015 Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Técnico de enfermería
Reemplazos unidad de emergencia adulto.
- 2012 Empresa SH Atacama, Huasco.
Técnico de enfermería
Ambulancia en termoeléctrica Guacolda energía.
- Mayo-Julio 2010 Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Técnico de enfermería.
Vacunatorio campaña de invierno 2010
- Mayo-Agosto 2009 Hospital Naval, Viña del Mar.
Técnico de enfermería
Refuerzo de invierno servicio de urgencia adulto.
Sala ERA.

CERTIFICADO DE TÍTULO

Certifico que conforme a la ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, los Reglamentos del INSTITUTO PROFESIONAL DUOC UC y según consta en Registro de Título N° 27309 con fecha 14 de diciembre de 2009 se otorgó a don(a) CAMILA ALEJANDRA RAMOS ARAYA, RUT N° 16887170-8 el título técnico de nivel superior de

TÉCNICO SUPERIOR DE ENFERMERÍA

La Nota de Titulación obtenida fue un 6,1 (seis coma uno)

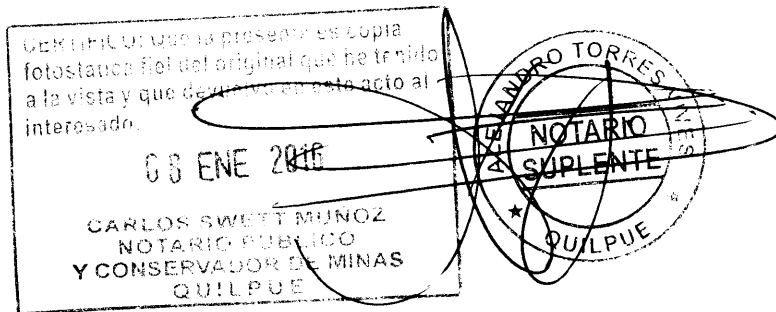
Santiago, 07 de enero de 2016



7047459705

Para verificar validez del presente certificado ingresar el número del código de barra en: <http://certificados.duoc.cl/validar>.

Las Certificaciones emitidas a través de esta página, son otorgadas bajo Firma Electrónica Avanzada, en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.799 y su Reglamento.



CARLOS SWETT MUÑOZ

NOTARIO CONSERVADOR DE MINAS

RUT: 8.280.073-5

FONO 2541302 - FONO FAX 2541309

Diego Portales 790 - Quilpué

E.Mail: carlosswett@123.cl.

DECLARACION JURADA

En Quilpué, República de Chile, a 21 de Diciembre del año 2015.- Por el presente instrumento, YO, CAMILA ALEJANDRA RAMOS ARAYA, cédula de identidad N°16.887.170-8, domiciliado (a) en Viña del Mar, Inglaterra N°290, Villa Hermosa, de paso por esta; mayor de edad y expone:

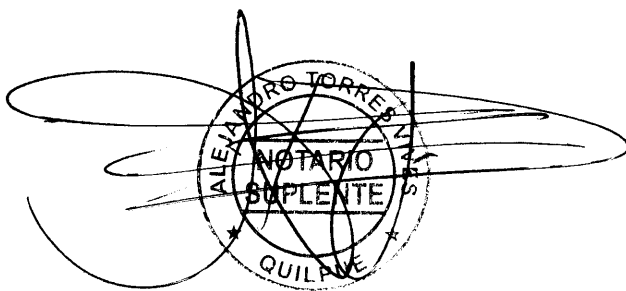
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

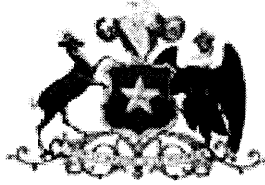
No estar inhabilitado para ejercer cargo publico por sentencia judicial firme, condenada por crimen o simple delito y destituida administrativamente de cualquier empleo.-

Formulo la presente declaración, para los fines que estime convenientes.-

AUTORIZO LA FIRMA:

C.I. 16.887.170-8





REPUBLICA DE CHILE



7988249

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : VIÑA DEL MAR
Nro. inscripción : 1.477 Registro : Año : 1988
Nombre inscrito : CAMILA ALEJANDRA RAMOS ARAYA
R.U.N. : 16.887.170-8
Fecha nacimiento : 31 Mayo 1988
Sexo : Femenino
Nombre del padre : RAÚL ALBERTO RAMOS MALLEA
R.U.N. del padre : 6.563.746-4
Nombre de la madre: ELIANA VERÓNICA ARAYA IBACETA
R.U.N. de la madre: 8.731.292-5

FECHA EMISIÓN: 30 Diciembre 2015, 09:39.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en: QUILPUE

REGION : VALPARAISO

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

1805256

RUN : 16887170-8

H9WVWG

www.registrocivil.gob.cl



Intendencia de Prestadores de Salud

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN
EN EL REGISTRO NACIONAL
DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD**

Certifico que en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud que mantiene esta Superintendencia de Salud, en la forma prevista y por los medios informáticos dispuestos por el Reglamento de los registros de Prestadores Individuales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 16, de 2007, del Ministerio de Salud, figura, bajo el N° 196414, la siguiente inscripción:

"Fecha de registro: 17/12/2012
"Rut: 16.887.170-8
"Nombre Completo: Camila Alejandra Ramos Araya
"Sexo: Femenino
"Nacionalidad: Chilena
"Fecha Nacimiento: 31/05/1988
"Título o Habilitación Profesional: **Técnico de Nivel Superior en Enfermería**

° "Posee título de Técnico de Nivel Superior en Enfermería otorgado por el Instituto Profesional Duoc UC emitido el 14 de Diciembre de 2009."

Otorgado en Santiago, con fecha 30 de diciembre de 2015



**ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

Si ud. desea verificar este certificado, consulte **Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud** en www.superdesalud.gob.cl

CERTIFICADO N° 15

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

De conformidad al presupuesto aprobado por esta institución, certifico que a la fecha del presente, el Departamento de Salud cuenta con disponibilidad presupuestaria para financiar lo siguiente: Cuenta de SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS 21.03.005.-

En Concón a, 13 de enero del año 2016.-



RENATO MADRIAZA RETAMAL
JEFE DE ADMINISTRACIÓN DESAM

RMR/rmr

C.C.:

- Archivo

RESOLUCIÓN N°

CONCÓN, 14 de diciembre de 2015.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
PERMISO MATRIMONIAL	

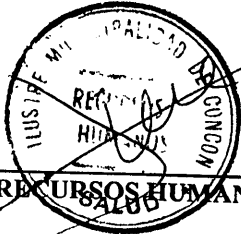
1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)			
JOSÉ MONCADA GONZALEZ		13.991.216-0	
NOMBRE		RUT N°.	
GRADO	C	CALIDAD JURIDICA	TITULAR
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE : SAPU			

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA:			
FORMULARIO N° 49385456			
N° DE HORAS DIAS 02	DESDE	120-12-2015	HASTA 13-12-2015
SUBROGARA EL CARGO:			
CAMILA RAMOS	13-12-2015	08:00 A 20:00 (12HORAS)	

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)			
SALDO ACTUAL N°	DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO:			
40%		100%	TOTAL \$

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO



FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

FIRMA DIRECTOR SALUD



Licencia Médica

Nº 2-49385456

La COMPIN (la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3 1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

MONCADA GONZALEZ JOSE MIGUEL
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 121215 121215
 FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
 002 802 DIAS
 Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

13991216 0
 RUN
 081280 35 M
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natal.
 (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

- 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
- 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

1

RECUPERABILIDAD LABORAL

1= SI
 2= NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ

1= SI
 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO

1= SI
 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

A= MAÑANA
 B= TARDE
 C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO

1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

CALLE

Nº

DPTO

VILLA O POBLACION

COMUNA

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

096548630
 CELULAR

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

LEPE LOBOS JAIRO ANDRÉS
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 13766976 5
 RUN
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
 SAN IGNACIO
 CALLE
 VALPARAISO
 COMUNA
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO

Dr. Jaime Lepe Lobos

Médico Cirujano

FIRMA DEL PROFESIONAL

Dr. Jaime Lepe Lobos

Médico Cirujano

13.766.976-5

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ISAPRE

DESDE HASTA
 DIA MES AÑO DIA MES AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN e Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Trabajador

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
RECURSOS HUMANOS

RESOLUCIÓN N°

000613

CONCÓN, 28 de diciembre de 2015.

TIPO DE BENEFICIO

P. ADMINISTRATIVO	
P. COMPENSATORIO	
HRS.COMPENSATORIAS	
VACACIONES	

LICENCIA MEDICA	X
VIATICOS	
POSTERGACIÓN FERIADO L	
P. SIN GOCE DE SUELDO	

1.- DATOS DEL FUNCIONARIO (a llenar por el funcionario)	
LUIS VALENZUELA VÁSQUEZ NOMBRE	7.395.869-5 RUT N°.
GRADO C CALIDAD JURÍDICA TITULAR	
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE :SAPU	

2.- DATOS DEL BENEFICIO/LICENCIA MEDICA: FORMULARIO N°3007426822-6	
Nº DE DIAS 15	DESDE 15-12-2015 HASTA 29-12-2015
SUBROGARA EL CARGO:	
PETER CYPERDIUK	15.12.2015 08:00 A 20:00 (12HRS)
CAMILA RAMOS	16.12.2015 20:00 A 08:00 (12HRS)
PATRICIA BAHAMONDES	19.12.2015 08:00 A 20:00 (12HRS)
VICTOR HORMAZABAL	20.12.2015 20:00 A 08:00 (12HRS)
PATRICIA BAHAMONDES	23.12.2015 08:00 A 20:00 (12HRS)
IRSA MARTINEZ	24.12.2015 20:00 A 08:00 (12HRS)
PATRICIA BAHAMONDES	27.12.2015 08:00 A 20:00 (12HRS)
PATRICIA BAHAMONDES	28.12.2015 20:00 A 08:00 (12HRS)

3.- SALDO/MONTO (a llenar por recursos humanos)			
SALDO ACTUAL	Nº DIAS	AUTORIZADOS N°	SALDO FINAL N°
VIÁTICO :			
40%	100%	TOTAL \$	

4.- MOTIVO :

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DIRECTO

Distribución

- Recursos Humanos.
- Funcionario.

RECURSOS HUMANOS

DIRECCIÓN

FIRMA DIRECTOR SALUD



24/12
Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 007426822-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA VÁSQUEZ LUIS ANTONIO 73958619 - 5
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
16122015 15122015 59 M
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
15 QUINCE
N° DE DÍAS N° DE DÍAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
1
RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = SI 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA CALLE GRANEROS 16 EL OLIVAR,
Viña del Mar
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-91722702

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ZAPICO GUERRA ALVARO JAVIER 7010495 - 4
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
18229-k
REG. COLEGIO PROFESIONAL CIRUGÍA GENERAL 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2573445/
TELÉFONO/FAX ESPECIALIDAD
CAUPOLICÁN, Quilpué DIRECCIÓN
Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES

- Nombre: Camila Alejandra Ramos Araya
- RUT: 16.887.170-8
- Edad: 27 años
- Fecha de nacimiento: 31 de Mayo 1988, Viña del Mar
- Nacionalidad: Chilena
- Estado Civil: Soltera
- Licencia de conducir: Clase B
- Fono: (08) 7280507
- Mail: k_mila088@hotmail.com
- Dirección: Inglaterra 290 Villa Hermosa, Viña del Mar

EDUCACIÓN

- 2013-2016 Cursando Enfermería, Universidad de Las Américas.
- 2007-2010 Técnico nivel superior de enfermería, Instituto Profesional Duoc UC, Valparaíso.
- 2001-2005 Enseñanza media Colegio Pasionistas de Quilpué, Quilpué.
- 1992-2000 Enseñanza básica Colegio Pasionistas de Quilpué, Quilpué.

FORMACIÓN EXTRA ACADÉMICA

- Junio 2008
Curso RCP dictado en Quilpué, acreditado por ANB

