

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON, 16 JUN 2020

DECRETO REGISTRADO N° 1211 /

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 1.027 de fecha 14 de abril del año 2020
5. Decreto Alcaldicio N° 1.183 de fecha 14 de mayo del año 2020
6. Decreto Alcaldicio N° 1.214 de fecha 25 de mayo del año 2020
7. Decreto Alcaldicio N° 1.243 de fecha 27 de mayo del año 2020
8. Decreto Alcaldicio N° 1.270 de fecha 03 de junio del año 2020
9. Decreto Alcaldicio N° 1.309 de fecha 11 de junio del año 2020
10. Resoluciones de compin e Isapres de los funcionarios del CESFAM – SAR y DESAM de Concón

D E C R E T O

1. - REGISTRESE en el sistema SIAPER las licencias médicas autorizada de los funcionarios que detallo a continuación dependiente de la dirección del CESFAM- SAR de Concón.

Nº LICENCIA.	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	ENTIDAD DE SALUD	OBSERVACION
[REDACTED]	JUAN ARTEAGA HIDALGO	[REDACTED]	30	06.04.2020	05.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	JUAN CARLOS ARMijo CATALAN	[REDACTED]	15	03.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	CARLOS UMAZABAL MEZA	[REDACTED]	11	04.05.2020	14.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	[REDACTED]	30	04.05.2020	02.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	JOSE LEYTON GALAZ	[REDACTED]	2	07.05.2020	08.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	ALFREDO HERRERA IBAÑEZ	[REDACTED]	3	08.05.2020	10.05.2020	E.COMUN	MAS VIDA	AUTORIZADA
[REDACTED]	LUIS VALENZUELA VASQUEZ	[REDACTED]	30	07.05.2020	05.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	JOSE LEYTON GALAZ	[REDACTED]	3	11.05.2020	13.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	STEFANY CONTRERAS GAETE	[REDACTED]	30	13.05.2020	11.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	MARA ALLEDNES PUEBLA	[REDACTED]	3	15.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	CARLOS UMAZABAL MEZA	[REDACTED]	7	15.05.2020	21.05.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	GABRIELA ESPINOZA JARAQUEMADA	[REDACTED]	30	15.05.2020	13.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	JUAN CARLOS ARMijo CATALAN	[REDACTED]	21	18.05.2020	07.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	MATRÍCULA Fuentes ALBORNOZ	[REDACTED]	0	19.05.2020	17.06.2020	E.GRAVE DEL HIJO	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	ALFREDO HERRERA IBAÑEZ	[REDACTED]	1	15.05.2020	15.05.2020	E.COMUN	MAS VIDA	AUTORIZADA
[REDACTED]	JORGE GUZMAN PARRA	[REDACTED]	30	20.05.2020	18.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	MARLEN VEAS PIZARRO	[REDACTED]	3	27.05.2020	29.05.2020	E.COMUN	BANMEDICA	AUTORIZADA
[REDACTED]	MARA ALLEDNES PUEBLA	[REDACTED]	3	30.05.2020	01.06.2020	E.COMUN	FONASA	AUTORIZADA
[REDACTED]	OSCAR ROJAS MASSO	[REDACTED]	4	01.06.2020	04.06.2020	E.COMUN	MAS VIDA	AUTORIZADA
[REDACTED]	ALFREDO HERRERA IBAÑEZ	[REDACTED]	1	29.05.2020	29.05.2020	E.COMUN	MAS VIDA	AUTORIZADA

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVENSE


SECRETARIA MUNICIPAL
MARIA LILIANA ESPINOZA GODOY
SECRETARIO MUNICIPAL


ALCALDE
OSCAR SUMONTE GONZALEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- REGISTRO SIAPER
- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1027

14 ABR 2020

000092

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 505 de fecha 05 de abril del año 2020
6. Resolución N° 508 de fecha 06 de abril del año 2020
7. Resolución N° 509, 510, 511, 513 de fecha 07 de abril del año 2020
8. Resolución N° 518 de fecha 08 de abril del año 2020
9. Resolución N° 521, 522, 528 de fecha 09 de abril del año 2020

DEC R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM-SAR de Concón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
38643435-2	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-B	3	02.04.2020	04.04.2020	E.COMUN	\$ -
60522036	JUDITH ARTEAGA HIDALGO	7590211-5	30	08.04.2020	09.05.2020	E.COMUN	\$ 1,398,939
39768918	RODRIGO ECHEVERRIA CORTEZ	17996417-1	7	11.03.2020	17.03.2020	E.COMUN	\$ 215,849
38373252	MARTHA SALGADO CUMITAS	14716822-4	5	23.03.2020	27.03.2020	E.COMUN	\$ 326,887
60518975	MIRIAM CEVALLOS HERNANDEZ	12064758-K	8	23.03.2020	30.03.2020	E.COMUN	\$ 566,236
38692554-2	JUAN CARLOS ARNUO CATALAN	13052756-6	15	03.04.2020	17.04.2020	E.COMUN	\$ 424,500
38725713-6	GILDA CADIQUE ESCARATE	11400179-1	15	06.04.2020	20.04.2020	E.COMUN	\$ 1,108,060
60937812	ESTEFANY CONTRERAS GAETE	16503083-4	30	07.04.2020	06.05.2020	E.COMUN	\$ 726,819
38832747-2	SANTIAGO VARELA LAZCANO	7121892-3	7	07.04.2020	13.04.2020	E.COMUN	\$ 232,662
38678478-7	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	7462510-K	30	04.04.2020	03.05.2020	E.COMUN	\$ 1,075,146

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

[Handwritten signatures and official seals]

SECRETARIO MUNICIPAL

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

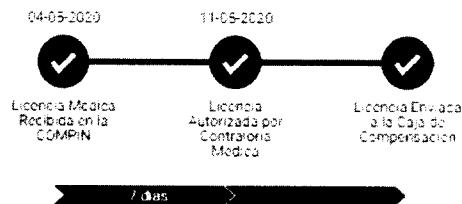
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000091

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

- Folio:**
2-60522036
- Trabajador:**
ARTEAGA HIDALGO JUDITH ANTONIA
- Período del reposo autorizado:**
06-04-2020 al 05-05-2020 (30 días)
- Tipo de licencia:**
Tipo no ingresado
- Empleador:**
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:**
C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 2-60522036 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia médica, favor de dirigirse a la Caja de Compensación Los Andes.





Licencia Médica

№ 3 22036

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica o su equivalente de acuerdo a lo establecido en el numeral 1º del artículo 16 de la LSSP.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del respectivo periodo de vacaciones.

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 tres días hábiles contados de la fecha de inicio del respectivo periodo de vacaciones.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

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 18.867).

artículo 199 y 200 del C. Del Trabajo) y punto de adopción plena (ley 16.867).

FECHA DE NACIMIENTO - **RUN**

A.3. TIPO DE LICENCIA

NOMBRES

RUN

000090

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DE TRABAJO

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

APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES		ESPECIALIDAD
JUAN	RODRIGUEZ	JUAN RODRIGUEZ	-	<i>Cirugia</i>
RUN	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			CAMBIO ELECTRONICO /
				DI. MEDICO: 11111111-2
				MEDICINA GENERAL
				Put: 8.435172-1
				FIRMA DEL PROFESIONAL
<input type="checkbox"/> 1- MEDICO <input type="checkbox"/> 2- DENTISTA <input type="checkbox"/> 3- MATRONA				

NO ABRIR.

LA LICENCIAS ANTERIORIS EN LOS ULTIMOS 6 MESES

A circular stamp with a double-line border. Inside, the words "DIRECTORIO DESAM" are written in large, bold, capital letters, with "DESAM" on a separate line below "DIRECTORIO". Above "DIRECTORIO", the word "MUNICIPALIDAD" is partially visible, and below "DESAM", the word "CONCON" is also partially visible. The stamp is oriented vertically.

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON, 14 MAY 2020

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1183.

000089

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 573 de fecha 04 de mayo del año 2020
6. Resolución N° 576, 585, 586 de fecha 05 de mayo del año 2020
7. Resolución N° 591 de fecha 07 de mayo del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39343548-B	JUAN ARMANDO CATALAN	13032756-B	15	03.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	\$ 424,500
60522043	JUDITH ANTEAGA HIDALGO	7590211-5	30	06.05.2020	04.06.2020	E.COMUN	\$ 1.610,747
39405447-K	CARLOS UMAZABAL MEZA	10472549-K	11	04.05.2020	14.05.2020	E.COMUN	\$ 658,383
39418740-2	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	7462510-K	30	04.05.2020	02.06.2020	E.COMUN	\$ 1.238,012
39523863-9	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-B	2	07.05.2020	08.05.2020	E.COMUN	\$ -

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE


SECRETARIO MUNICIPAL

 OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
➤ DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

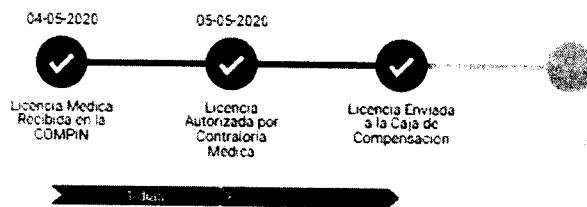
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000088

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

- Folio:**
3-39343548
- Trabajador:**
ARMIJO CATALÁN JUAN CARLOS
- Período del reposo autorizado:**
03-05-2020 al 17-05-2020 (15 días)
- Tipo de licencia:**
Tipo no ingresado
- Empleador:**
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:**
C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39343548 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

ARMIJO	CATALÁN	JUAN CARLOS	13052756 - 6
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
30042020	03052020	43	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
15	QUINCE	Nº DE DIAS 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)

APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO				
RECUPERABILIDAD	1 = SÍ 2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SÍ 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE		DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO		1 = SÍ 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS 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 = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO		
<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN CALLE:Nº,DEPTO:COMUNA		
Concón		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
09-53095412		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PIN	CANCINO	ALVARO NICOL	17412984 - 3
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	ESPECIALIDAD
32-2813872/	Chañarcillo N, Concón	Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL	

 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3



000086

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica

06-05-2020 06-06-2020

Licencia Médica Recibida en la COMPIN
Licencia Autorizada por Contraloría Médica

1 días

Fecha de la última actualización: 06-05-2020 22:25

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39405447

**Trabajador:**

UMAZABAL MEZA CARLOS EDUARDO

**Período del reposo autorizado:**

04-05-2020 al 14-05-2020 (11 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39405447 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber



La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para el pago del derecho a pago.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039405447-K



000085

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	MEZA	CARLOS EDUAR	10472548 - K
APPELLIDO MATERNO	NOMBRES		
04052020	04052020	54	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
11	ONCE	54	M
Nº DE DÍAS	Nº 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 18.000)

APELLIDO 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						
RECUPERABILIDAD	1 = SI	INICIO TRAMITE	2 = SI	1 = SI	2 = NO	INVALIDEZ
FECHA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	AÑO			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO			1 = SI	2 = NO	HORA MINUTOS
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES	AÑO				

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
A = MARANA 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	
avenida las tablas 157 casa 45 curututu, Valparaíso	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-79473485	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Fuentes	Barros	CLAUDIO EDUA	15078412 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
30799-8		UROLOGÍA	1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA
09-7188751/	6 NORTE 774, Viña del Mar		3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente	
FIRMA PROFESIONAL			

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

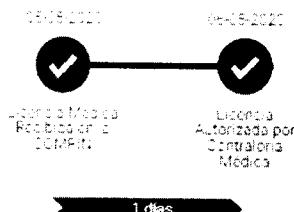
Página 1 de 3



000084

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 06-05-2020 22:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39418740
	Trabajador: DÍAZ CASTILLO CLAUDIO ENRIQUE
	Período del reposo autorizado: 04-05-2020 al 02-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39418740 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039418740-2

000083

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DIAZ	CASTILLO	CLAUDIO ENRI	7 4 6 2 5 1 0 9 3 - K
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
0 4 0 5 2 0 2 0	0 4 0 5 2 0 2 0	6 5	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
30	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 16.500)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	
3 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA	
Villa del Mar	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-55886559	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANC	1 3 3 6 7 6 6 3 - 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
258962	PSIQUIATRÍA		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	ESPECIALIDAD		
32-2358800/	CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONO/FAX	Av.Libertad 269 oficina 606, Villa del Mar		
DIRECCIÓN			

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000082

Etapas de la licencia médica		Información
08-05-2020 Licencia Médica Recibida en la COMPIN	11-05-2020 Licencia Autorizada por Contraloría Médica	La licencia médica folio Nº 3-39523863 fue revisada por la contraloría médica de la COV reposo indicado.
Fecha de la última actualización: 11-06-2020 16:34		<input checked="" type="checkbox"/> La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación derecho a pago.
		<input checked="" type="checkbox"/> Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes de la caja es el 600 510 0000.
Debe saber		
<input checked="" type="checkbox"/> Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de puede acceder con su Clave Única aquí .		
Datos de la licencia médica		
	Folio: 3-39523863	
	Trabajador: LEYTON GALAZ JOSÉ REINALDO	
	Periodo del reposo autorizado: 07-05-2020 al 08-05-2020 (2 días)	
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado	
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON	
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES	

[Términos y condiciones de uso](#) | [Políticas de privacidad](#)

Seguimos trabajando en el desarrollo de nuestra plataforma para entregarle más y mejores servicios - Compin.abc

Subsecretaría de Salud Pública | Ministerio de Salud

1/1



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039523863-9



000083000

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

LEYTON	GALAZ	JOSÉ REINALD	9178398 - 8
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
07052020		07052020	
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO	
02		57	
Nº DE DIAS		EDAD	
		M	
		SEXO	
Documentado 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 18.663).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	<small>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL</small> <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <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 (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO:COMUNA	
Quintero	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-73015178	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26482892 - 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO	
56-822811585/ TELEFONO/FAX		Chafarcillo N, Concón	
DIRECCIÓN		MEDICINA GENERAL	
		ESPECIALIDAD	
		Documento firmado electrónicamente	
		FIRMA PROFESIONAL	

- 1 = MÉDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MATRONA

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3



REPÚBLICA DE CHILE
I MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

25 MAY 2020

DECRETO ALCALDÍCIO N° 124-

0000

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 600, 601, 602 de fecha 11 de mayo del año 2020
6. Resolución N° 614 de fecha 13 de mayo del año 2020
7. Resolución N° 618 de fecha 14 de mayo del año 2020
8. Resolución N° 619 de fecha 15 de mayo del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39548871-6	ALFREDO HERRERA BAÑEZ	9528392-6	3	06.05.2020	10.05.2020	E.COMUN	\$ -
2020050001528	PETER CYPERDIX VARGAS	17753116-2	3	11.05.2020	11.05.2020	A.TRAMAJO	\$ -
39546240-7	LUIS VALENZUELA VASQUEZ	7395869-5	30	07.05.2020	05.06.2020	E.COMUN	\$ 1.429,078
39609855-5	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-8	3	11.05.2020	13.05.2020	E.COMUN	\$ -
39667137-9	ESTEFANY CONTRERAS GAETE	16503088-4	90	18.05.2020	11.06.2020	E.COMUN	\$ 862,210
2020050002776	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-8	8	15.05.2020	22.05.2020	A.TRAMAJO	\$ 166,769

ANÓTESE, COMUNIQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



SECRETARIO MUNICIPAL



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revertido



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO

Empleador	I. MUNIC. CONCON D.A.S.	3-39548871-3	4034615512
Nombre del Trabajador	HERRERA IBÁÑEZ, ALFREDO EDUARDO		

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE 4 = REDUCESE	08/05/2020	10/05/2020	<input checked="" type="checkbox"/> 3 Dias	
	PERIODO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = REPOSO TOTAL 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para <input checked="" type="checkbox"/> parcial A = MAÑANA B = TARDE	A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
 I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

11/05/2020

13/05/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION





Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



Nº 3 039548871-6

030078

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

HERRERA	I B A Ñ E Z	ALFREDO EDUA	9 5 2 8 3 9 1 2 1 - 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
0 8 0 5 2 0 2 0	0 8 0 5 2 0 2 0	5 5	RUN
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO	EDAD
0 3	T R E S	5 5	M
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS	

Documento firmado electrónicamente

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 19.877).

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA MANANTIALES 1325, DEPTO. 245, Condom	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-93232773	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GARAI COA	L A Y A N	I V O N N E	1 4 7 4 0 7 8 3 - 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL
32-2811585/	Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar		ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> Documento firmado electrónicamente
			FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

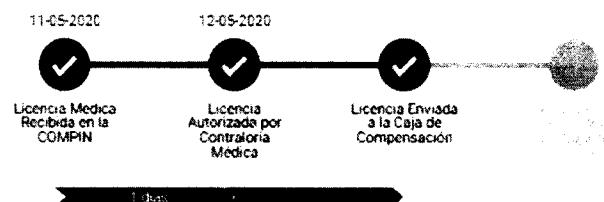
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000077

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39546240
	Trabajador: VALENZUELA VÁSQUEZ LUIS ANTONIO
	Período del reposo autorizado: 07-05-2020 al 05-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39546240 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).



1/2

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039546240-7

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VALENZUELA		VASQUEZ		LUIS	ANTONIO	7 3 9 5 8 6 9	5	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
0 8 0 5 2 0 2 0		0 7 0 5 2 0 2 0		6 3	M	RUN		
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		EDAD	SEXO			
30	TREINTA							
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS							

Documento firmado electrónicamente

Documento firmado electrónicamente

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) - Baja de orden M

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO 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	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIA MES AÑO		
TRAYECTO HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<p><input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL</p> <p>SOLO PARA REPOSO PARCIAL</p>	<input type="checkbox"/> A = MARANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
<p>LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO</p> <p>JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____</p> <p>DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA _____ Pele Graneros 16 El olivar, Vina del Mar</p> <p>TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 08-88027094</p>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANC	13367663 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
258962			
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	PSIQUIATRÍA	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2358800/	Av.Libertad 269 oficina 606, Viña del Mar	ESPECIALIDAD	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente	FIRMA DIGITAL

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 DEPENDIENTE: Declaración de situación laboral y remuneración en el periodo comprendido entre el 01 de junio y el 30 de junio de 2012.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

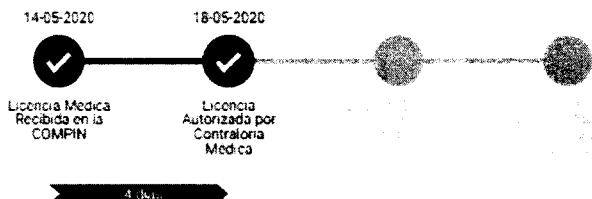
Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sílin web <http://www.licencia.silin.cl>.

Página 1 de 3



'IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

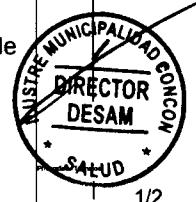
	Folio: 3-39609855
	Trabajador: LEYTON GALAZ JOSÉ REINALDO
	Período del reposo autorizado: 11-05-2020 al 13-05-2020 (3 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39609855 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039609855-5



000074

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

LEYTON	GALAZ	JOSÉ REINALD	917835874 - 8
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
11052020	11052020	57	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
03	TRES		M
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.537)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SOLO PARA	<input type="checkbox"/>
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>
A = MAÑANA	<input type="checkbox"/>
B = TARDE	<input type="checkbox"/>
C = NOCHE	<input type="checkbox"/>
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	_____
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA	Sitio 8, Quintero / Sitio 6.
Quintero	_____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-73015178

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MENDOZA	PARACO	KARLA MARIEL	26532394 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico	MEDICINA GENERAL		
REG. COLEGIO PROFESIONAL	ESPECIALIDAD		
02-999807557/	Chafarcillo N, Concón	<input checked="" type="checkbox"/>	1 = MÉDICO
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/>	2 = DENTISTA
		<input type="checkbox"/>	3 = MATRONA
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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

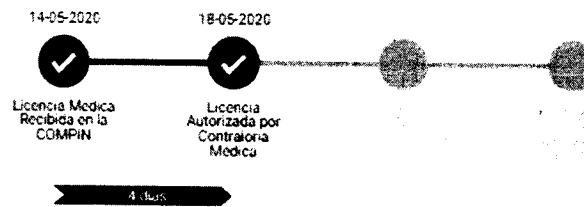
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000073

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39667137
	Trabajador: CONTRERAS GAETE ESTEFANI DE LOURDES
	Período del reposo autorizado: 13-05-2020 al 11-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39667137 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Nº 3 039667137-9



000072

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CONTRERAS	GAETE	ESTEFANI DE	16503083 - 4
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
12052020	13052020	32	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
30	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA <input type="checkbox"/> REPOSO PARCIAL	
A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
2 = HOSPITAL	
3 = OTR0 DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) <u>puede desplazarse</u>	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO;COMUNA <u>Los Albercas 150,</u>	
Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-56648766</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANC	13367663 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
258962		PSIQUIATRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
32-2358800/	Av.Libertad 269 oficina 606, Viña del Mar	DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX	<i>Documento firmado electrónicamente</i>		
	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.



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

DECRETO ALCALDÍCIO N°

1243

CONCON,

27 MAY 2020

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 622, 623 de fecha 15 de mayo del año 2020
- Resolución N° 624, 625, 627 de fecha 18 de mayo del año 2020
- Resolución N° 640 de fecha 20 de mayo del año 2020
- Resolución N° 645 de fecha 22 de mayo del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39744561-5	SARA ALLENDE PUERLA	14414685-9	3	15.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	\$ -
39741441-8	CARLOS UMAZBAL MEZA	10472349-K	7	15.05.2020	21.05.2020	E.COMUN	\$ 418,971
60517134	GABRIELA ESPINOZA JARAQUEMADA	13851950-3	30	15.05.2020	13.06.2020	E.COMUN	\$ 1,989,242
625	MAGDA GOMEZ OBANDO	26482889-4	84	22.05.2020	13.06.2020	L.MATERNAL	\$ 2,659,379
39768081-9	JUAN ARMIJOS CATALAN	13052756-0	21	18.05.2020	07.06.2020	E.COMUN	\$ 694,509
39883740-1	PATRICIA FUENTES ALBORNOZ	15727060-5	30	19.05.2020	17.06.2020	E.GRAVE DEL HIJO	\$ 904,105
39830931-6	ALFREDO HERRERA IBÁÑEZ	9528392-6	1	15.05.2020	15.05.2020	E.COMUN	\$ -

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
> DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

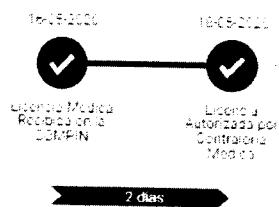
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000070

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

- Folio:** 3-39744561
- Trabajador:** ALLENDES PUEBLA SARA ESTER
- Período del reposo autorizado:** 15-05-2020 al 17-05-2020 (3 días)
- Tipo de licencia:** Tipo no ingresado
- Empleador:** ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:** C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39744561 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 03914665 000037



000069

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO	PUEBLA	NOMBRES	14414685 - 9
15052020	15052020	EDAD	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	SEXO	
03	TRES		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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 18.607)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 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			
RECUPERABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SÍ INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SÍ			
2 = NO 2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
TRAYECTO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SÍ			
HORA MINUTOS	2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA	
REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA	
B = TARDE	
C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
2 = HOSPITAL	
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; N°, DEPTO, COMUNA	av mariposa 1130,
Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-50125986

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APPELLIDO PATERNO	DEMMLER	NOMBRES	17295868 - 0
APPELLIDO MATERNO	CATHERINE AL	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	32-2759010/	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
TELÉFONO/FAX	Chañarcillo N, Concón	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA
CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN		3 = MATRONA

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 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.



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000068

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39741441

**Trabajador:**

UMAZABAL MEZA CARLOS EDUARDO

**Período del reposo autorizado:**

15-05-2020 al 21-05-2020 (7 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

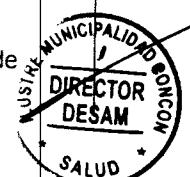
C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39741441 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039741448



00034

000067

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

UMAZABAL	MEZA	CARLOS EDUAR	104725415 - K
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
14052020	15052020	54	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
07	Siete	Nº DE DIAS 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 18.657)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	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		
RECUPERABILIDAD	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES
		AÑO	
		TRAYECTO	1 = SI 2 = NO
		HORA MINUTOS	
		MES	AÑO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SÓLO PARA		REPOSO PARCIAL	
		<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO			
1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA			
Avenida las tablas 157, casa 45, Curacavi, Valparaíso			
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)			
09-79473485			

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PROVOSTE	ROJAS	FELIPE ARNOL	18150216 - 9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
43518-K		MEDICINA GENERAL	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
9-81445835/	AV. Obispo Valdés Subercaseaux 1421, Santiago	Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	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 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.





000066

RESOLUCION LICENCIA MEDICA N° 260517134

Datos del Trabajador

Rut: 13851950-3

Nombre: ESPINOZA JARAQUEMADA
GABRIELA DEL PILAR

Entidad Pagadora: CCAF Los Andes

Subcomision: VIÑA DEL MAR

Datos de la Licencia Medica

Tipo de licencia medica: Enfermedad o accidente comun

Desde: 15-05-2020 Hasta : 13-06-2020 Autorizada por :30 Dias Periodo :Continua

Dictamen: Autoriza

Tipo Reposo: Total

Derecho a Subsidio: **Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78. Ley 18.469 y Ley 16.744**

Fecha de recepcion: 26-05-2020

Fecha de resolucion: 29-05-2020


FIRMADO
www.ssn.cl
ELECTRONICAMENTE

DRA. LORENA OLGA REYES BASAEZ
PRESIDENTA COMPIN REGIONAL



000031

000065

Licencia Médica

Nº 2 - 60517134



Este documento es de uso exclusivo del profesional de la salud que lo obtiene para el ejercicio de su profesión en el territorio nacional. No es válido para el ejercicio de la medicina en el extranjero. Es de uso personal y no se vende. Se considera que su uso es ilícito y se sanciona con multa y/o prisión.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPINOZA JARAQUEHADA GABRIELA

APELLIDO MATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

120520

FECHA INICIO
DE REPOSO

RUN

SEXO

FECHA EMISION LICENCIA

DIA MES AÑO

040980

M/F

30

TREINTA

NP DE DIAS EN PALABRAS

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

A.3. TIPO DE LICENCIA

APELLIDO MATERNO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POSI NINIA
- 4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOS DE 1 AÑO
- 5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6- ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7- PAEDIATRIA DPL FAMILARAZO

RECUPERABILIDAD

INICIO TRAMITE
DE INVALIDEZ1- REPOSO COMPLETO
2- REPOSO PARCIAL

3- DIA

FECHA DEL ACCIDENTE DEL
TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

DIA MES AÑO

DIA PARA
REPOSO PARCIAL

3- DIA

TELEFONO

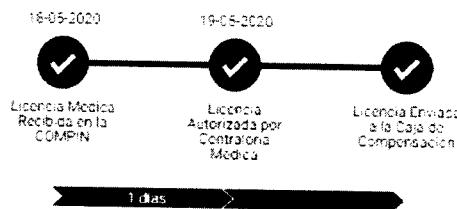
TELÉFONO

COMUNA

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

00064

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39768081
	Trabajador: ARMIJO CATALÁN JUAN CARLOS
	Período del reposo autorizado: 18-05-2020 al 07-06-2020 (21 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39768081 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039768081-9

1000027
000063**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

ARMIJO	CATALÁN	JUAN CARLOS	130527-566-6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
15052020	18052020	43	NOMBRES
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	RUN
21	VEINTIUNO	M	SEXO
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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 18.000).

APELLIDO 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

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI
	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO	<input checked="" type="checkbox"/> 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

ESTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA manzana 2, pasaje 3, casa 5,
Concón

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-53095412

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PINA	CANCILINO	ALVARO NICOL	17412984-3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	MEDICINA GENERAL		
32-2813872/ TELÉFONO/FAX	ESPECIALIDAD		
CORREO ELECTRÓNICO			
Chafarcillo N, Concón			
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 periodo de vigencia.

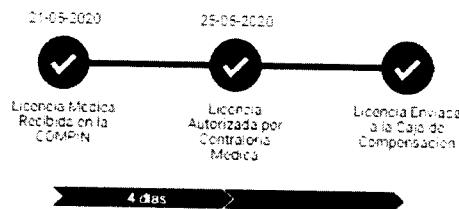
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000062

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39883740

**Trabajador:**

FUENTES ALBORNOZ PATRICIA ANDREA

**Período del reposo autorizado:**

19-05-2020 al 17-06-2020 (30 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39883740 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia médica, comuníquese con la Caja de Compensación Los Andes.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039883740-1
000024
000061

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

FUENTES	ALBORNOZ	PATRICIA	AND	15727080	· 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
19052020	19052020	36	F	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
30	TREINTA			Documento firmado electrónicamente	
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS		FIRMA TRABAJADOR		

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencia 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)

ARDISSONI	FUENTES	DANTE	26898902	· 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
01072019			RUN	
FECHA NACIMIENTO				

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN	
2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	
3 = LICENCIA MATERNAL PRI Y POST NATA	
4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	
5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	
6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	
7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO <input type="checkbox"/> 2 = NO	
RECUPERABILIDAD	
<input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MFS <input type="checkbox"/> AÑO	
FECHA DEL ACCIDENTE	
TRABAJO O DEL TRAYECTO	
<input type="checkbox"/> HORA MINUTOS <input type="checkbox"/> 1 = SI TRAYECTO 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	
<input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO, COMUNA	
vía unduraga 2136, vivienda de quillota, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-81498513	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MILLAN	TELLECHEA	VICENTE	JOSÉ	5395048	· 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		PEDIATRÍA	
32-3140025/		Refacsa Norte 25, oficina 205, Concón		ESPECIALIDAD	
TELEFONO/FAX		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 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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO

Empleador	I. MUNIC. CONCON D.A.S.	3-39830931-3	4034619522
-----------	-------------------------	--------------	------------

Nombre del Trabajador	HERRERA IBÁÑEZ, ALFREDO EDUARDO
-----------------------	---------------------------------

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR
<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE 4 = REDUCESE	15/05/2020	15/05/2020	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Dias
	PERIODO	1 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION	1 = REPOSO TOTAL 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para <input type="checkbox"/> A = MAÑANA parcial <input type="checkbox"/> B = TARDE
			A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

20/05/2020

25/05/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 039880931-8

000021

000059

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

HERRERA	IBÁÑEZ	ALFREDO EDUARDO	952839028 - 6
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		NOMBRES	RUN
18052020	15052020	55	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
01	UNO	Nº 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 18.877)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
	<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL
	<input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA <u>MANANTIALES 1325, DEPTO. 245,</u>	
Comuna _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-93232773</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROJAS	CARRASCO	NICOLAS	13671823 - 1
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	MEDICINA FAMILIAR		<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
32-2684372/	ESPECIALIDAD		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar			Documento firmado electrónicamente
DIRECCIÓN			FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

03 JUN 2020

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1280

000058

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la República
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 648 de fecha 22 de mayo del año 2020
- Resolución N° 656 de fecha 26 de mayo del año 2020
- Resolución N° 663 de fecha 28 de mayo del año 2020
- Resolución N° 670, 672, 673 de fecha 01 de junio del año 2020

D E C R E T O

- RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
399821864-9	JORGE GUZMAN PARRA	7444184-5	30	20.05.2020	18.06.2020	E.COMUN	\$ 629.661
3470054-0	LONERA HERRERA AZOCAR	11227354-9	30	24.05.2020	22.06.2020	E.COMUN	\$ 1.206.770
40185345-6	PAOLA FERNANDEZ MEZA	10035801-4	11	27.05.2020	06.06.2020	E.COMUN	\$ 776.836
40133628-1	ELIJAH VIEAS PIZARRO	14449592-6	3	27.05.2020	29.05.2020	E.COMUN	\$ -
40299996-9	SARA ALLENDE PUEBLA	14414685-9	3	30.05.2020	01.06.2020	E.COMUN	\$ -
40305654-5	OSCAR ROJAS MASSO	30882890-2	4	01.06.2020	04.06.2020	E.COMUN	\$ 259.459

ANÓTESE, COMUNIQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

[Handwritten signature]
 SECRETARIO MUNICIPAL
 MARIA DEL MAR ESPINOZA GODOY

[Official stamp]
 OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
- > DEPARTAMENTO DE SALUD

[Handwritten signature]
 OSG/MEG/MCD/evp.

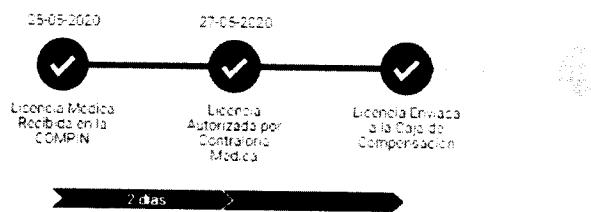
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000057

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39982164
	Trabajador: GUZMÁN PARRA JORGE AURELIO
	Período del reposo autorizado: 20-05-2020 al 18-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39982164 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia médica, favor de dirigirse a la Oficina de Salud de la Ilustre Municipalidad de Concon.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039982164-9



100035
000056

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GUZMÁN	PARRA	JORGE AURELI	74441601 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
22052020	20052020	63	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
30	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 18.587)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL		
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SÓLO PARA	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	B = TARDE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL	
	3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA _____		
Pja Libertad 915 población los		
troncos concón, Concón		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____		
08-97936534		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26482892 - 9
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
56-822811585/	Chafarcito N, Concón	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
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 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.



RESOLUCION MEDICA

000055

NOMBRE: ELLEN JANETT VEAS PIZARRO
 DIRECCION: CALLE UNO 940 LOS TRONCOS CON CON CON CON
 N° DE LICENCIA: 40133628

RUT: 14.449.592

FOLIO: 2059691
 AGENCIA: SUBSIDIO
 DIAS SOLICITADOS: 3

POR LA PRESENTE COMUNICACION NOS PERMITIMOS INFORMAR A USTED QUE, HABIENDO REVISADO LA LICENCIA MEDICA NUESTRA CONTRALORIA HA DETERMINADO:

SECCION B: (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

ISAPRE BANMEDICA

RESOLUCION N°:

001-133628

ESTABLECIMIENTO:

CODIGO ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE LICENCIA:	DESDE:	HASTA:	AUTORIZADO POR:	DIAGNOSTICO:	Nº DIAS PREVIOS
1	27/05/2020	29/05/2020	3	1 1-PRIMERA 2-CONTINUACION	0
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO		DIAS	CODIGO	

<input checked="" type="checkbox"/> 1-AUTORIZASE <input type="checkbox"/> 2-RECHAZASE <input type="checkbox"/> 3-AMPLIASE <input type="checkbox"/> 4-REDUCESE <input type="checkbox"/> 5-PENDIENTES DE RESOLUCION	CAUSA RECHAZO <input type="checkbox"/> 1-REPOSO INJUSTIFICADO 2-DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3-FUERA DE PLAZO 4-INCUMPLIMIENTO REPOSO 5-OTROS (ESPECIFICAR)
---	---

<input type="checkbox"/>	CAUSA RECHAZO <input type="checkbox"/> 1-REPOSO INJUSTIFICADO 2-DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3-FUERA DE PLAZO 4-INCUMPLIMIENTO REPOSO 5-OTROS (ESPECIFICAR)
--------------------------	---

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1-REPOSO LABORAL TOTAL 2-REPOSO LABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A-MAÑANA <input type="checkbox"/> B-TARDE <input type="checkbox"/> C-NOCHE
---------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L.N 44/78, ley 18.469 y LEY 16.744. <input type="checkbox"/> B=Con derecho a subsidio a cargo del empleador o entidad responsable art.56 <input type="checkbox"/> C=Sin derecho a subsidio
--

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO

PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRE 28/05/2020 Día/Mes/Año	FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE 29/05/2020 Día/Mes/Año
---	--

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRE 28/05/2020 Día/Mes/Año	FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE 29/05/2020 Día/Mes/Año
---	--

REDICTAMEN <input type="checkbox"/> Día/Mes/Año


 Dr. Coppelio Luis C.
 Director Contralor
 Isapre Banmédica

Reg. del colegio médico

El articulo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio

Le recordamos que de conformidad con lo dispuesto en la Ley N°20.585, la Isapre, en caso de reducción o rechazo de la licencia médica, tiene la obligación de enviar la resolución y demás antecedentes a la Comisión Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente. En este caso, el afiliado tendrá un plazo de 15 días hábiles desde el pronunciamiento de la Isapre para efectuar su reclamo y presentar mayores antecedentes directamente a la COMPIN.

COPIA DE CARTA EMITIDA EL 30/05/2020



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

N° 3 040133628

28-1
b0002

00005

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VEAS	PIZARRO	ELLEN JANETT	14449592	6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
26052020	27052020	48	F	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
03	TRES			
NR DE DIAS	NR DE DIAS EN PALABRAS			

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A 2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

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 18887)

APELLIDO 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			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA <input type="checkbox"/> REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> C = NOCHE B = TARDE						
LUGAR DE REPOSO <table border="0"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td>1 = SU DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> <td>2 = HOSPITAL</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td>3 = OTRO DOMICILIO</td> </tr> </table>		1	1 = SU DOMICILIO	2	2 = HOSPITAL	3	3 = OTRO DOMICILIO
1	1 = SU DOMICILIO						
2	2 = HOSPITAL						
3	3 = OTRO DOMICILIO						
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____							
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA <u>CALLE UNO 940, VILLA LOS</u> TRONCOS, Condom							
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-88291374</u>							

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26462892 - 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES
			RUN
		MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD	
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	
56-82811585/ TELÉFONO/SAY		Chacarrillo N, Concepción	Documento firmado electrónicamente
		DIRECCIÓN	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

TRABAJO AL DÍA SIGUIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de inicio del reposo.

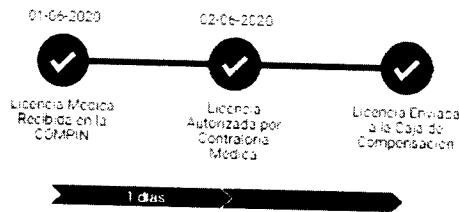
Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.ilicencia.cl>

Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

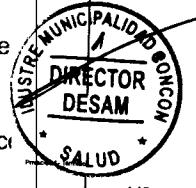
	Folio: 3-40299996
	Trabajador: ALLENDÉS PUEBLA SARA ESTER
	Período del reposo autorizado: 30-05-2020 al 01-06-2020 (3 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-40299996 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia médica.





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 040299969
000052

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

APPELLIDO PATERNO	PUEBLA	APPELLIDO MATERNO	SARA ESTER	NOMBRES	144146813 - 9
30052020	30052020		46	RUN	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	F	SEXO	
03	TRES				
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	Documento firmado electrónicamente			

TRÁMITE

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 19.550)

APPELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

TRÁMITE**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	
RECUPERABILIDAD 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE 1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO
TRAYECTO HORA MINUTOS	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:Nº:DEPTO:COMUNA AVENIDA MAROTO 1130, Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-50125006	

TRÁMITE**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

CHANGAROTT	BRACHOL	JESUS	26019663 - 4
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL 56-94213853/	CORREO ELECTRÓNICO Chafarcillo N, Concón	MEDICINA GENERAL ESPECIALIDAD	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente	
		FIRMA PROFESIONAL	

TRÁMITE

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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
 Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO

Empleador

I. MUNIC. CONCON D.A.S.

3-40305654-3

4034624780

Nombre del
Trabajador

ROJAS MASSO, OSCAR PATRICIO

TIPO LICENCIA

DESDE

HASTA

AUTORIZADO POR

 1

01/06/2020

04/06/2020

 4

Dias

1 = AUTORIZASE
 2 = RECHAZASE
 3 = AMPLIASE
 4 = REDUCESE

PERIODO

1 = PRIMERA
 2 = CONTINUACION

 1

1 = REPOSO TOTAL
2 = REPOSO PARCIAL

Sólo para
parcial

A = MAÑANA
 B = TARDE

A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744
B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84
C = Sin derecho a subsidio

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

01/06/2020

03/06/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 040305654-5



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJAS	MASIO	OSCAR PATRICIO	90882902 - 2
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	
31052020	01062020	46	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
04	CUATRO	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 18.877)

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	
RECUPERABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
HORA MINUTOS <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº;DEPTO;COMUNA CALLE LONDURAY 99, Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-68391838	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MORENO	BAEZAN	JOSÉ MANUEL	12167262 - 6
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico		Traumatología y Ortopedia	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		ESPECIALIDAD	
32-2994577/		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
TELÉFONO/FAX		Documento firmado electrónicamente	
		FIRMA PROFESIONAL	

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.llicencia.cl/>

Página 1 de 3



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1309.

11 JUN 2020

000049

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 677 de fecha 01 de junio del año 2020
6. Resolución N° 686 de fecha 04 de junio del año 2020
7. Resolución N° 690 de fecha 05 de junio del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
40266184-0	ALFREDO HERRERA IBÁÑEZ	8521392-6	1	29.05.2020	29.05.2020	E.COMUN	\$ -
61178983	JUDITH ARTEAGA HIDALGO	7590211-5	30	05.06.2020	04.07.2020	E.COMUN	\$ 1.589.759
40524852-2	MARIA VALENTINA CHAVEZ OCANDO	26444868-9	7	05.06.2020	11.06.2020	E.GRAVE DEL HIJO	\$ 206.732

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVENSE



SECRETARIO MUNICIPAL



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO

Empleador

I. MUNIC. CONCON D.A.S.

3-40266186-3

4034624803

Nombre del
Trabajador

HERRERA IBAÑEZ, ALFREDO EDUARDO

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR
1	29/05/2020	29/05/2020	1 Dias
PERIODO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = PRIMERA <input type="checkbox"/> 2 = CONTINUACION		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para <input type="checkbox"/> A = MAÑANA parcial <input type="checkbox"/> B = TARDE	A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = AUTORIZASE <input type="checkbox"/> 2 = RECHAZASE <input type="checkbox"/> 3 = AMPLIASE <input type="checkbox"/> 4 = REDUCESE			

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
 I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

01/06/2020

03/06/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 040266186-0



1000060047

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

HERRERA	IBÁÑEZ	ALFREDO EDUARDO	952839125 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
29052020	29052020	55	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
01	UNO	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 18.350)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA
	<input type="checkbox"/> B = TARDE
	<input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	2 = HOSPITAL
	3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA MANANTIALES 1325, DEPTO. 245,	
Comodín	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-93232773	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROJAS	CARRASCO	NICOLAS	13671823 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
32-2684372/	Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONOFAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.llicencia.cl/>

Página 1 de 3



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1027, 14 ABR 2020

000046

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 505 de fecha 05 de abril del año 2020
- Resolución N° 508 de fecha 06 de abril del año 2020
- Resolución N° 509, 510, 511, 513 de fecha 07 de abril del año 2020
- Resolución N° 518 de fecha 08 de abril del año 2020
- Resolución N° 521, 522, 528 de fecha 09 de abril del año 2020

DEC R E T O

- RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
38643435-2	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-B	3	02.04.2020	04.04.2020	E.COMUN	\$
60522036	JUDITH ARTEAGA HIDALGO	7590211-5	30	06.04.2020	05.05.2020	E.COMUN	\$ 1,398,039
39768918	RODRIGO ECHEVERRIA CORTEZ	17996417-1	7	11.03.2020	17.03.2020	E.COMUN	\$ 235,849
38373252	MARTHA SALGADO CUARTAS	14714822-6	5	23.03.2020	27.03.2020	E.COMUN	\$ 326,887
60518975	MIRIAM CEVALLOS HERNANDEZ	12064758-K	8	23.03.2020	30.03.2020	E.COMUN	\$ 566,236
38692554-2	JUAN CARLOS ARMIJO CATALAN	13052756-6	15	03.04.2020	17.04.2020	E.COMUN	\$ 424,500
38725713-6	GILDA CAQUEO ESCARATE	11400179-1	15	06.04.2020	20.04.2020	E.COMUN	\$ 1,108,060
60937812	ESTEFANY CONTRERAS GAETE	16503083-0	30	07.04.2020	06.05.2020	E.COMUN	\$ 726,819
38832747-2	SANTIAGO VARELA LARCANO	7121802-3	7	07.04.2020	13.04.2020	E.COMUN	\$ 232,662
38678478-7	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	7462510-K	30	04.04.2020	03.05.2020	E.COMUN	\$ 1,075,146

ANÓTESSE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

SECRETARIO MUNICIPAL

ALCALDE
OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSC/MEG/MCD/evp.

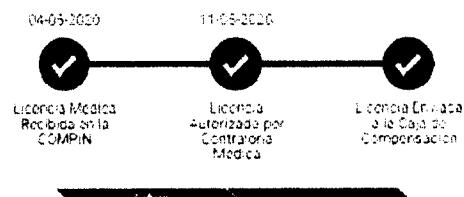
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Central		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000045

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

- Folio:** 2-60522036
- Trabajador:** ARTEAGA HIDALGO JUDITH ANTONIA
- Período del reposo autorizado:** 06-04-2020 al 05-05-2020 (30 días)
- Tipo de licencia:** Tipo no ingresado
- Empleador:** ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:** C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio Nº 2-60522036 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia.

1/2



Licencia Médica

Nº 32036

La CUMPIA, 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 sólo si lo consideran de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. MP 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 tres 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 tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

000044

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	DÍA MES AÑO	M.F.
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS		SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
Art. 199 y 200 del C. Del Trabajo y jueces de ejecución penal Ley 18.607.

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-------------------	-------------------	---------	-----

A.3. TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1- ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2- PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3- LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4- ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5- ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6- ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7- PATOLOGIA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	1 - SI <input type="checkbox"/> 2 - NO <input checked="" type="checkbox"/>	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1 - SI <input type="checkbox"/> 2 - NO <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 - SI <input type="checkbox"/> 2 - NO <input checked="" type="checkbox"/>	
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		
DIR. AYAHU	CP	CALLE
NO.	DPTO	
VILLA O POBLACION		
COMUNA		
TELEFONO	CELULAR	
CORREO ELECTRONICO		

AUTORIZO A CUMPIA A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	ESPECIALIDAD
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION			
CALLE			
COMUNA			
NO ABRIR.			

FIRMA DEL TRABAJADOR

- 1- MEDICO
 2- DENTISTA
 3- MATRONA

CORREO ELECTRONICO

D. GESTIÓN: JUNIO 2012
Medicina General
RUT: 8.435.112-1

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR.		DIRECCION DE REPOSO	
LUGAR DE REPOSO		DIRECCION DE REPOSO	
COMUNA		COMUNA	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
TELÉFONO		TELÉFONO	
CELULAR		CELULAR	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O POBLACION	
COMUNA		COMUNA	
TELEFONO		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		CORREO ELECTRONICO	
COMUNA		COMUNA	
CALLE		CALLE	
DIR. AYAHU		DIR. AYAHU	
NO.		NO.	
DPTO		DPTO	
VILLA O POBLACION		VILLA O	

REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON, 14 MAY 2020

000043

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1183.

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 573 de fecha 04 de mayo del año 2020
- Resolución N° 576, 585, 586 de fecha 05 de mayo del año 2020
- Resolución N° 591 de fecha 07 de mayo del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación
Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39343548-8	JUAN ANTONIO CATALAN	13052754-8	15	03.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	\$ 424,000
60522043	JUDITH ARTEAGA HIDALGO	7590211-8	30	06.05.2020	04.06.2020	E.COMUN	\$ 1.610,747
39405447-K	CARLOS UMAZABAL MEZA	10472549-K	11	04.05.2020	14.05.2020	E.COMUN	\$ 658,083
39418740-2	CLAUDIO DIAZ CASTILLO	7462510-K	30	04.05.2020	02.06.2020	E.COMUN	\$ 3.288,012
29123863-9	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-8	2	07.05.2020	08.05.2020	E.COMUN	\$

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE


SECRETARIO MUNICIPAL


OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ
ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
- > DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

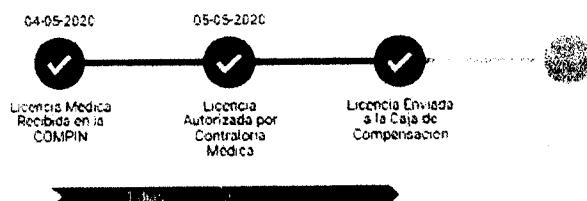
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



000042

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39343548
	Trabajador: ARMIJO CATALÁN JUAN CARLOS
	Período del reposo autorizado: 03-05-2020 al 17-05-2020 (15 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39343548 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

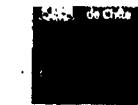
Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

Página 1 de 1

1/2





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD

Nº 3 039343548-8



000041

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

ARM JO	CATALAN	JUAN CARLOS	13052758 - 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
30042020	03052020	43	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
15	QUINCE	Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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. 189 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRÉ 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						
RECUPERABILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO
TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES	AÑO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLICITADO PARA	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA REPOSO PARCIAL
		<input type="checkbox"/> B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN CALLE, Nº, DPTO, COMUNA	peaje 3 manzana 3, casa 5.	
Concón		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-53095412	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PINA	CANCINO	ALVARO NICOL	17412984 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REO. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
32-2813872/ TELÉFONO/FAX	Chaharcillo N, Concón	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
		<u>Documento firmado electrónicamente</u>	
		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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.lconcio.cl/>

Página 1 de 3



000040

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 06-05-2020 22:25

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39405447

**Trabajador:**

UMAZABAL MEZA CARLOS EDUARDO

**Período del reposo autorizado:**

04-05-2020 al 14-05-2020 (11 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39405447 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluar el derecho a pago.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039405447-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

UMAZABAL	MEZA	CARLOS EDUAR	10472578 · K
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
04052020	04052020	54	M
FECHA DTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
11	ONCE	Nº DE DIAS EN PALABRAS	

Documento firmado electrónicamente

TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para fuentes por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y Jaldo de adopción plena (Ley 19.600)

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	
RECUPERABILIDAD 1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE 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 DOMICILIAR PARCIAL	
SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A = MARANA 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	
45 curubim, Valparaíso	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-78473485	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

FUENTES	BARRIOS	CLAUDIO EDUA	15078412 · 3
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
30799-8	CORREO ELECTRÓNICO	UROLOGÍA	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	6 NORTE 774, Viña del Mar	ESPECIALIDAD	
09-7188751/	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX		FIRMA PROFESIONAL	

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2005 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl>

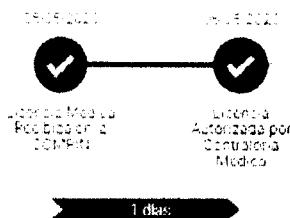
Página 1 de 3



100058

IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 06-05-2020 22:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39418740
	Trabajador: DÍAZ CASTILLO CLAUDIO ENRIQUE
	Período del reposo autorizado: 04-05-2020 al 02-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio Nº 3-39418740 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licen-

1/2



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000036

Etapas de la licencia médica		Información
04-05-2020 Licencia Médica Revisada en la COMPIN	11-05-2020 Licencia Autorizada por Contraloría Médica	La licencia médica folio N° 3-39523863 fue revisada por la contraloría médica de la COTI. El periodo de reposo indicado.
Licitación Envuelta a la Caja de Compensación		Debe saber
		<input checked="" type="checkbox"/> La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación con derecho a pago.
		<input checked="" type="checkbox"/> Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de la caja es el 600 510 0000.
Datos de la licencia médica		
 Folio:	<input checked="" type="checkbox"/> Folio: 3-39523863	
 Trabajador:	LEYTON GALAZ JOSÉ REINALDO	
 Periodo del reposo autorizado:	07-05-2020 al 08-05-2020 (2 días)	
 Tipo de licencia:	Tipo no ingresado	
 Empleador:	ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON	
 Entidad pagadora:	C.C.A.F. LOS ANDES	

[Términos y condiciones de uso](#) | [Políticas de privacidad](#)

Seguimos trabajando en el desarrollo de nuestra plataforma para entregarle mas y mejores servicios - Complimabs

[Subsecretaría de Salud Pública](#) | [Ministerio de Salud](#)

1/1





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 039523863-9

000036

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

LEYTON	GALAZ	JOSÉ REINALDO	91763563	8
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
07052020	07052020	57	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
02	DOS			
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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 18.855).

APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO 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						
RECUPERABILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI		2 = NO	2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE			INVALIDEZ			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO			
HORA MINUTOS			TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN			MES	AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SOLO PARA	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	B = TARDE
C = NOCHE		
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL	
	3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA		
Quítalo		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
09-73015178		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26482892	9
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO	
56-822811585/ TELÉFONO/FAX	Chafarcillo N, Concón	ESPECIALIDAD	2 = DENTISTA 3 = MATERNA	
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 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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl>

Página 1 de 3



REPÚBLICA DE CHILE
L MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

25 MAY 2020

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1214-

000034

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la República
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020
5. Resolución N° 600, 601, 602 de fecha 11 de mayo del año 2020
6. Resolución N° 614 de fecha 13 de mayo del año 2020
7. Resolución N° 618 de fecha 14 de mayo del año 2020
8. Resolución N° 619 de fecha 15 de mayo del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CIUDADA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39548871-6	ALFREDO HERRERA IBÁÑEZ	9528392-6	3	08.05.2020	10.05.2020	E.COMUN	\$ -
20200500001528	PETER CYPERDILUK VARGAS	17753116-2	3	11.05.2020	13.05.2020	A.TRABAJO	\$ -
39546240-7	LUIS VALENZUELA VASQUEZ	7395860-5	30	07.05.2020	06.06.2020	E.COMUN	\$ 1.429,078
39609855-6	ESTEFANY CONTRERAS GAETE	9178356-8	3	11.05.2020	13.05.2020	E.COMUN	\$ -
39867137-9	JOSE LEYTON GALAZ	16509088-4	30	18.05.2020	11.06.2020	E.COMUN	\$ 883,210
2020050002775	JOSE LEYTON GALAZ	9178356-8	8	15.05.2020	22.05.2020	A.TRABAJO	\$ 166,769

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- SECRETARIA MUNICIPAL
- DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MED/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revertido



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO

Empleador I. MUNIC. CONCON D.A.S.

3-39548871-3

Nombre del Trabajador HERRERA IBÁÑEZ, ALFREDO EDUARDO

4034615612

000033

TIPO LICENCIA

DESDE

HASTA

AUTORIZADO POR

 1

08/05/2020

10/05/2020

 3

Dias

- 1 = AUTORIZASE
 2 = RECHAZASE
 3 = AMPLIASE
 4 = REDUCESE

PERIODO

- 1 = PRIMERA
 2 = CONTINUACION

 1

- 1 = REPOSO TOTAL
2 = REPOSO PARCIAL
Sólo para A = MAÑANA
 parcial B = TARDE

- A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744
B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84
C = Sin derecho a subsidio

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

11/05/2020

13/05/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION





Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

MINISTERIO DE SALUD



N° 3 039548871-6

000032

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

HERRERA	IBÁÑEZ	ALFREDO EDUARDO	9528390-6
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
08052020	08052020	55	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
03	TRES	NP DE DIAS	NP DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Básico 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 19.807) - 1-

APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO 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						
RECUPERABILIDAD		1 = SI	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

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO		
1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA <u>MANANTIALES 1325, DEPTO. 245,</u> Comuna		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-63232773</u>		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

GARAICOA	LAYAN	IVONNE	14740783-1
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL 32-2811565/		CORREO ELECTRÓNICO Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar	MEDICINA GENERAL Especialidad
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> Documento firmado electrónicamente <input type="checkbox"/> FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

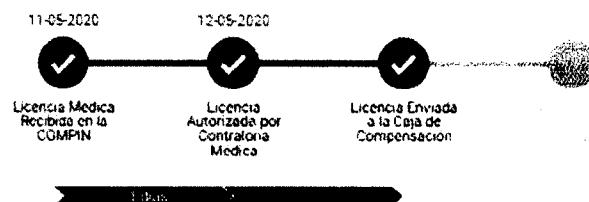
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

100031

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39546240
	Trabajador: VALENZUELA VÁSQUEZ LUIS ANTONIO
	Período del reposo autorizado: 07-05-2020 al 05-06-2020 (30 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39546240 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

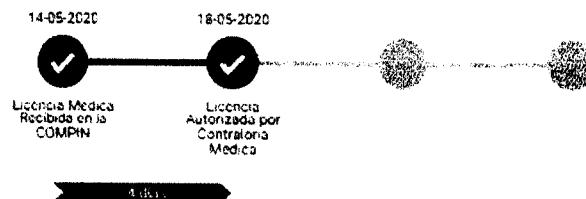
1/2



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

100029

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39609855
	Trabajador: LEYTON GALAZ JOSÉ REINALDO
	Período del reposo autorizado: 11-05-2020 al 13-05-2020 (3 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39609855 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

1/2





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039609855-5

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

LEYTON GALAZ JOSÉ REINALDO 917835678-8
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
11052020 11052020 57 M
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
03 TRES N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente

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 título de adopción plena (Ley 18.700)

APELLIDO 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						
RECUPERABILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI			
LABORAL	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="text"/> DIA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> HORA	<input type="text"/> MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI		
				2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> 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:Nº:DEPTO:COMUNA Silo 6, Quintero / Silo 6,
Quintero

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-73015178

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MENDOZA PARACI KARLA MARIEL 26532394-4
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
Número colegio médico MEDICINA GENERAL
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD
02-999807557/ Chañarcillo N, Conchal Documento firmado electrónicamente
TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN 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 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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl>

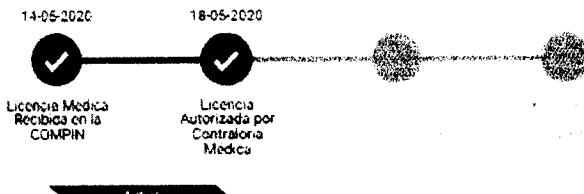
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000027

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39667137

**Trabajador:**

CONTRERAS GAETE ESTEFANI DE LOURDES

**Período del reposo autorizado:**

13-05-2020 al 11-06-2020 (30 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39667137 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

1/2





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

N° 3 039667137-9

-000026

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CONTRERAS	GAETE	ESTEFANI	DE	16503083	- 4
Apellido Paterno	Apellido Materno	NOMBRES		RUN	
12052020	13052020	32	F		
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO		
30	TREINTA				
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS				

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABA JADOR

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).

APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
2	= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
3	= LICENCIA MATERNAL PRÉ 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

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

FECHA DEL ACCIDENTE			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MEB	AÑO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

<input type="text"/> <input type="text"/>		TRAYECTO	1	1 = SI
			2	2 = NO
HORA MINUTOS				

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES	AN	1	1 = SI
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			2 = NO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SÓLO PARA <input type="checkbox"/> REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <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 (3) <u>puede desplazarse</u>		
DIRECCIÓN: CALLE, N°, DEPTO; COMUNA <u>Los Alceros 150,</u> <u>Concón</u>		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-56646766</u>		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANC	13367663 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
258962		PSIQUETRÍA	<input type="checkbox"/> 1 - MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 - DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 - MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
32-2358800/	Av.Libertad 269 oficina 606, Viña del Mar	<u>Documento firmado electrónicamente</u>	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	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 DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica o su empleador dentro de los tres días de la fecha de alta en el sistema.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

DECRETO ALCALDÍCIO N°

1243

/ 27 MAY 2020

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 622, 623 de fecha 15 de mayo del año 2020
- Resolución N° 624, 625, 627 de fecha 18 de mayo del año 2020
- Resolución N° 640 de fecha 20 de mayo del año 2020
- Resolución N° 645 de fecha 22 de mayo del año 2020

00002

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39744561-5	SARA ALLENDE PUEBLA	14414685-9	3	15.05.2020	17.05.2020	E.COMUN	\$.
39741441-0	CARLOS UMAZBAL MEZA	10472549-4	7	15.05.2020	21.05.2020	E.COMUN	\$ 418,971
60517134	GABRIELA ESPINOZA JARAQUEMADA	13851850-1	30	15.05.2020	13.06.2020	E.COMUN	\$ 1.389.247
625	MAGDA SÓMEZ ORBANDO	26482869-4	84	22.05.2020	13.06.2020	E.MATERNAL	\$ 2.659.179
39768081-9	JUAN ARMIJO CATALAN	13052754-6	21	18.05.2020	07.06.2020	E.COMUN	\$ 694.509
39883740-1	PATRICIA PUNTES ALBORNOZ	15727060-5	30	19.05.2020	17.06.2020	E.GRAVE DEL HIJO	\$ 904,105
39830931-0	ALFREDO HERRERA IBÁÑEZ	99313932-5	1	15.05.2020	15.05.2020	E.COMUN	\$.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVENSE



SECRETARIO MUNICIPAL



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
> DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

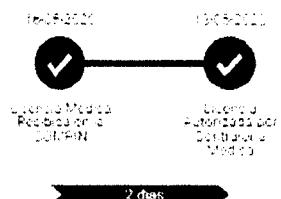
I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000024

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

- Folio:** 3-39744561
- Trabajador:** ALLENDES PUEBLA SARA ESTER
- Periodo del reposo autorizado:** 15-05-2020 al 17-05-2020 (3 días)
- Tipo de licencia:** Tipo no ingresado
- Empleador:** ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:** C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39744561 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

1/2





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039145637



000023

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ALLENDES	PUEBLA	SARA ESTER	14414685 - 9
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
15052020	15052020	46	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
03	TRES	Nº DE DÍAS EN PALABRAS	
Nº DE DÍAS			

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. 198 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 16.600)

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERIAL PRE Y POST NATAL
<input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO
<input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
<input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
<input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SÍ INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SÍ
2 = NO INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO
<input type="checkbox"/> HORA MINUTOS
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SÍ
2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>
A = MAÑANA
B = TARDE
C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE:Nº,DEPTO/COMUNA _____ av marzo 1130,
Comuna _____
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) _____ 08-50125988

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CASANOVA	DEMMLER	CATHERINE AL	17295888 - 0
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
32-2750010/	Chafarcillo N, Concón	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

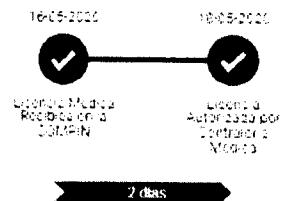
TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de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



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única, la cual es personal e intransferible.

000022

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 19-05-2020 15:25

Datos de la licencia médica

	Folio: 3-39741441
	Trabajador: UMAZABAL MEZA CARLOS EDUARDO
	Período del reposo autorizado: 15-05-2020 al 21-05-2020 (7 días)
	Tipo de licencia: Tipo no ingresado
	Empleador: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
	Entidad pagadora: C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio Nº 3-39741441 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia, puede acceder con su Clave Única [aquí](#).

Aviso de acuerdo

1/2



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 0397414418 000034



000021

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

UMAZABAL	MEZA	CARLOS EDUAR	10472545 - K
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
14052020	16052020	54	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
07	SIETE	Nº DE DIAS 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 18.007)

APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	
<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
Avenida las tablas 157, casa 46, Curanuma, Valparaíso	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-79473485	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

PROVOSTE	ROJAS	FELIPE ARNOL	18150216 - 9
APELIDO PATERNO	APELIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
43518-K		MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
9-81445835/	AV. Obispo Valdés Subercaseaux 1421, Santiago	DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX			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.





000026

RESOLUCION LICENCIA MEDICA N° 260517134

Datos del Trabajador

Rut: 13851950-3

Nombre: ESPINOZA JARAQUEMADA
GABRIELA DEL PILAR

Entidad Pagadora: CCAF Los Andes

Subcomision: VIÑA DEL MAR

Datos de la Licencia Medica

Tipo de licencia medica: Enfermedad o accidente comun

Desde: 15-05-2020 Hasta : 13-06-2020 Autorizada por :30 Dias Periodo :Continua

Dictamen: Autoriza

Tipo Reposo: Total

Derecho a Subsidio: Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78. Ley 18.469 y Ley 16.744

Fecha de recepcion: 26-05-2020

Fecha de resolucion: 29-05-2020


FIRMADO
www.ssnv.g
ELECTRONICAMENTE
DRA. LORENA OLGA REYES BASAEZ
PRESIDENTA COMPIN REGIONAL





N° 3 040266186-0

000001

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

HERRERA	I BANEZ	ALFREDO EDUA	95283862 - 6
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
29052020	29052020	65	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
01	UNO	Nº DE DÍAS EN PALABRAS	
Nº DE DÍAS			

Documento firmado electrónicamente

POR EL TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 198 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.600)

APELLIDO 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						
RECUPERABILIDAD	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SI 2 = NO	INVALIDEZ	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE	DIA		MES		AÑO	
TRABAJO O DEL TRAYECTO						
TRAYECTO		1 = SI 2 = NO		HORA MINUTOS		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES		AÑO			

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	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:Nº;DEPTO;COMUNA		MANANTIALES 1325, DEPTO. 246,
Condón		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		06-93232773

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROJAS	CARRASCO	NICOLAS	13671823 - 1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA FAMILIAR	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
32-2664372/	Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Viña del Mar	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL
TELÉFONO/FAX	Documento firmado electrónicamente		

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.llicencia.cl>

Página 1 de 3



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO
000002

Empleador	I. MUNIC. CONCON D.A.S.	3-40266186-3	4034624803
Nombre del Trabajador	HERRERA IBÁÑEZ, ALFREDO EDUARDO		

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR
1	29/05/2020	29/05/2020	1 Dias
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = AUTORIZASE <input type="checkbox"/> 2 = RECHAZASE <input type="checkbox"/> 3 = AMPLIASE <input type="checkbox"/> 4 = REDUCESE	PERIODO <input checked="" type="checkbox"/> 1 = PRIMERA <input type="checkbox"/> 2 = CONTINUACION	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE	A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

01/06/2020
FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

03/06/2020
FECHA EMISION RESOLUCION

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
 I.C.M. 11637-8



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1309.

11 JUN 2020

000003

VISTOS:

1. La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N°15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
2. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
3. El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
4. Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
5. Resolución N° 677 de fecha 01 de junio del año 2020
6. Resolución N° 686 de fecha 04 de junio del año 2020
7. Resolución N° 690 de fecha 05 de junio del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Conón.

NUMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDULA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TPO	MONTO A RECUPERAR
40266184-0	ALFREDO HERRERA IBÁÑEZ	8918322-4	1	29.05.2020	30.05.2020	E.COMUN	\$ -
61178883	AUDITH ARTEAGA HIDALGO	7390211-3	30	05.06.2020	04.07.2020	E.COMUN	\$ 1.569.750
40524852-1	MARIA VALENTINA CHAVEZ OCANDO	26444858-3	7	05.06.2020	11.06.2020	E.GRAVE DEL PNUD	\$ 206.732

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVENSE



SECRETARIO MUNICIPAL



OSCAR GUIMONT GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
- > DEPARTAMENTO DE SALUD

OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 040305654-5



0002000004

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

ROJAS	MASO	OSCAR PATRICIO	90882987 - 2
APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES	RUN
31052020	01082020	46	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
04	CUATRO	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 16.687)

APELLO PATERNO	APELLO 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			
RECUPERABILIDAD	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SI 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	AÑO
TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO		
HORA MINUTOS	1 = SI 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS 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)		
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA CALLE LONCOHUE 99, Concepción		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-88391938		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MORENO	BAEZAN	JOSÉ MANUEL	12187262 - 6
APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES	RUN
Número colegio médico		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		Traumatología y Ortopedia	
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	
32-2994577/		DIRECCIÓN	
TELÉFONO/FAX		ANABAENA 338, Viña del Mar	

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.llicencia.cl/>

Página 1 de 3



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO
000005

Empleador

I. MUNIC. CONCON D.A.S.

3-40305654-3

4034624780

Nombre del Trabajador

ROJAS MASSO, OSCAR PATRICIO

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR
1 1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE 4 = REDUCESE	01/06/2020	04/06/2020	4 Dias
	PERIODO	1 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION	1 = REPOSO TOTAL 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para parcial A = MAÑANA B = TARDE
			A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio

y anexo

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
GERENTE MEDICO
I.C.M. 11637-8

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

01/06/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

03/06/2020

FECHA EMISION RESOLUCION





Nº 3 04029999-9

Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES	14414641 - 9
30052020	30052020	46	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
03	TRES		F
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	Documento firmado electrónicamente	

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 18.350)

APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	1 = BU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA AVENIDA MAROTO 1130,	
Concón	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 06-50125888	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CHANGAROTT	BRACHET	JESUS	26019663 - 4
APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
56-94213853/ TELEFONO/FAX	Chafardillo N, Concón	DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente
			FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 808 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
 Sitio web <http://www.licencia.cl/>

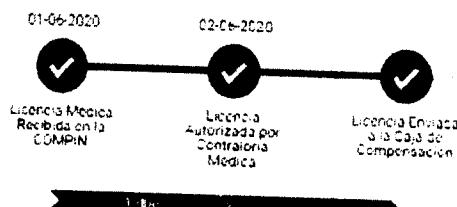
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000007

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-40299996

**Trabajador:**

ALLENDÉS PUEBLA SARA ESTER

**Período del reposo autorizado:**

30-05-2020 al 01-06-2020 (3 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-40299996 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia.

1/2



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 040133828-1

000026

000008

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VEAS	PIZARRO	ELEN JANETT	144495912 · 6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
28052020	27052020	46	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
03	TRES		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 189 y 200 del C. del Trabajo) y fallecio de adopción plena (Ley 18897)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PROPÓGRIA 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				
RECUPERABILIDAD	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO		DIA	MES	AÑO
		TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	HORA MINUTOS
FECHA DE LA CONCEPCIÓN		MES	AÑO	

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
A = MARANA B = TARDE C = NOCHE	
LUCHA DE REPOSO	
1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA	
CALLE UNO 940, VILLA LOS TRONCOS, Concepción	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
08-88281374	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26482692 · 9
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO	
56-822811585/ TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN	
Chacabuco N, Concepción		MEDICINA GENERAL	
		ESPECIALIDAD	
		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
		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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl>

Página 1 de 3



RESOLUCION MEDICA



000009

NOMBRE: ELLEN JANETT VEAS PIZARRO
 DIRECCION: CALLE UNO 940 LOS TRONCOS CON CON CON CON
 N° DE LICENCIA: 40133628

RUT: 14.449.592

FOLIO: 2059691
 AGENCIA: SUBSIDIO
 DIAS SOLICITADOS: 3

POR LA PRESENTE COMUNICACION NOS PERMITIMOS INFORMAR A USTED QUE, HABIENDO REVISADO LA LICENCIA MEDICA NUESTRA CONTRALORIA HA DETERMINADO:

SECCION B: (USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE:

ISAPRE BANMEDICA

RESOLUCION N°:

001-133628

ESTABLECIMIENTO:

CODIGO ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE LICENCIA:	DESDE:	HASTA:	AUTORIZADO POR:	DIAGNOSTICO:	1 PRIMERA 2-CONTINUACION	Nº DIAS PREVIOS
1	27/05/2020	29/05/2020	3	DIAS CODIGO		0

<input checked="" type="checkbox"/> 1-AUTORIZASE
<input type="checkbox"/> 2-RECHAZASE
<input type="checkbox"/> 3-AMPLIASE
<input type="checkbox"/> 4-REDUCERSE
<input type="checkbox"/> 5-PENDIENTES DE RESOLUCION
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> REDICTAMEN

<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO
1-REPOSO INJUSTIFICADO 2-DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3-FUERA DE PLAZO 4-INCUMPLIMIENTO REPOSO 5-OTROS (ESPECIFICAR)

<input checked="" type="checkbox"/> 1 1-REPOSO LABORAL TOTAL 2-REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL
<input type="checkbox"/> A-MAÑANA <input type="checkbox"/> B-TARDE <input type="checkbox"/> C-NOCHE

<input type="checkbox"/> A=Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L.N 44/78, ley 18.469 y LEY 16.744. B=Con derecho a subsidio a cargo del empleador o entidad responsable art.56 C=Sin derecho a subsidio
--

CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO

PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCION EN SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
28/05/2020
Dia/Mes/Año

FECHA EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE
29/05/2020
Dia/Mes/Año

REDICTAMEN
<input type="text"/>
Dia/Mes/Año

Dr. Comisión Preventiva e Invalidez (COMPIN)
 Director
 Subsecretaría de Salud

Reg. del colegio médico

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a media

Le recordamos que de conformidad con lo dispuesto en la Ley N°20.585, la Isapre, en caso de reducción o rechazo de la licencia médica, tiene la obligación de enviar la resolución y demás antecedentes a la Comisión Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente. En este caso, el afiliado tendrá un plazo de 15 días hábiles desde el pronunciamiento de la Isapre para efectuar su reclamo y presentar mayores antecedentes directamente a la COMPIN.

COPIA DE CARTA EMITIDA EL 30/05/2020



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

N° 3 039982154-9

03500010

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

GUZMAN	PARRA	JORGE AURELI	744416	- 5
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
22052020	20052020	63	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
30	TREINTA			
Nº DE DÍAS	Nº 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 18.000)

APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL		
<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL		
SOLO PARA	<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	B = TARDE
	<input type="checkbox"/>	C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
	2 = HOSPITAL	
	3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	Pje Libertad 815 población los	
troncos concón, Concón		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-97936534	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

BRAVO	AGUIRRE	JUAN PABLO	26482892	- 9
APELLEIDO PATERNO	APELLEIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO	
56-822811595/	Chafarcito N. Concón	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA	
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESIONAL

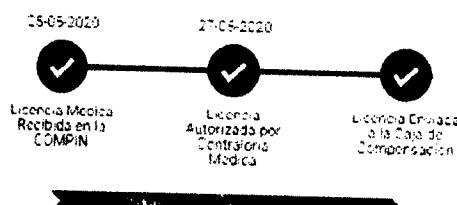
TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia.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



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000011

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

- Folio:**
3-39982164
- Trabajador:**
GUZMÁN PARRA JORGE AURELIO
- Periodo del reposo autorizado:**
20-05-2020 al 18-06-2020 (30 días)
- Tipo de licencia:**
Tipo no ingresado
- Empleador:**
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:**
C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39982164 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia.

1/2



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

CONCON,

03 JUN 2020

DECRETO ALCALDÍCIO N° 1280

000012

VISTOS:

- La Resolución N° 1.600 del año 2008 y la Resolución N° 15.700, ambas de la Contraloría General de la Republica
- Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- El Art 52º de la Ley 19.880 que permite en forma excepcional la retroactividad de los actos administrativos.
- Decreto Alcaldicio N° 2.452 de fecha 27 de septiembre del 2019, donde se aprueba la Dotación de Salud para el año 2020.
- Resolución N° 648 de fecha 22 de mayo del año 2020
- Resolución N° 656 de fecha 26 de mayo del año 2020
- Resolución N° 663 de fecha 28 de mayo del año 2020
- Resolución N° 670, 672, 673 de fecha 01 de junio del año 2020

D E C R E T O

1. - RATIFIQUESE Licencia Médica de los funcionarios que detallo a continuación
Dependiente de la Dirección del CESFAM- SAR de Concón.

NÚMERO LICENCIA	NOMBRE	CEDLA DE IDENTIDAD	Nº DIAS	DESDE	HASTA	TIPO	MONTO A RECUPERAR
39953164-0	JORGE GRIEGMAN PARRA	7444164-0	20	20.05.2020	19.06.2020	ECONMUN	\$ 699.461
84700084-0	LONINA HERRERA ARZAC	11327234-2	30	24.05.2020	21.06.2020	ECONMUN	\$ 1.266.770
40115345-0	PACO A FERNANDEZ MEZA	10935991-4	11	27.05.2020	09.06.2020	ECONMUN	\$ 776.836
40138628-1	ELIJAH VAS PIZARRO	14449992-0	3	27.05.2020	29.05.2020	ECONMUN	\$ -
40239995-0	SARA ALMENDROS PUERTA	14114499-2	2	30.05.2020	01.06.2020	ECONMUN	\$ -
40365654-5	OSCAR ROJAS MASSO	1093290-2	4	01.06.2020	04.06.2020	ECONMUN	\$ 259.459

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE


SECRETARIO MUNICIPAL


OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ

ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

- > SECRETARIA MUNICIPAL
> DEPARTAMENTO DE SALUD


OSG/MEG/MCD/evp.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado





Nº 3 03988093-5

021

000013

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

HERRERA	IBÁÑEZ	ALFREDO EDUARDO	952830124-3 - 6
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUN
18052020	15052020	55	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
01	UNO	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 19.572)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/>	A = MAÑANA
<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 (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA	
MANANTIALES 1325, DEPTO. 245,	
Condom	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-83232773	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ROJAS	CARRASCO	NICOLAS	13871823 - 1
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		<input type="checkbox"/> MEDICINA FAMILIAR <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD	
32-2684372/ TELÉFONO/FAX		<input type="checkbox"/> DIRECTOR <input type="checkbox"/> DESAM <input type="checkbox"/> SALUD	
CORREO ELECTRÓNICO		Documento firmado electrónicamente	
Avda. Tamarugal N 350, El Olivar, Villa del Mar		FIRMA PROFESIONAL	
DIRECCIÓN			

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Debe presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



SECCION B: (USO EXCLUSIVO ISAPRE MASVIDA S.A.)

FOLIO

Nº CORRELATIVO 000014

Empleador	I. MUNIC. CONCON D.A.S.	3-39830931-3	4034619522
Nombre del Trabajador	HERRERA IBÁÑEZ, ALFREDO EDUARDO		

TIPO LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR
<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 = AUTORIZASE 2 = RECHAZASE 3 = AMPLIASE 4 = REDUCESE	15/05/2020	15/05/2020	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Dias
	PERIODO	1 1 = PRIMERA 2 = CONTINUACION	1 = REPOSO TOTAL 2 = REPOSO PARCIAL Sólo para parcial <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE
			A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o Art. 30 Ley 16.744 B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador, o entidad responsable Art. 56 D.S. N° 03/84 C = Sin derecho a subsidio

DR. FEIZAL BEZAMA FARRAN
 GRABANTE MEDICO
 I.C.M. 11637-B

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MEDICO AUTORIZADO ISAPRE

20/05/2020

25/05/2020

FECHA RECEPCION LICENCIA EN ISAPRE

FECHA EMISION RESOLUCION





Licencia Médica

Otorgada para cotizante FONASA

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 039883740-1



000024

000015

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FUENTES	ALBORNOZ	PATRICIA	AND	1 5 7 2 7 0 8 0	· 5	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES			RUN	
1 9 0 5 2 0 2 0	1 9 0 6 2 0 2 0	3 6	F			
FECHA OTORGA MIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO			
3 0	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS				
Nº DE DIAS						

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)

ARDISSONI	FUENTES	DANTE	2 6 8 9 8 9 0 2	· 1	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES			
0 1 0 7 2 0 1 9	RUN				
FECHA NACIMIENTO					

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN	<input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA	<input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRI: V HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
RECUPERABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO						
INICIO TRAMITE <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO						
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MPS <input type="checkbox"/> AÑO						
HORA MINUTOS <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO						
FECHA DE LA CONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO						

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <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 (3)	
DIRECCIÓN: CALLE, Nº, DEPTO; COMUNA <u>Viajera Undurraga 2138, viñedo</u> de Quillota, Quillota	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-81498613</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MILLAN	TELLECHEA	VICENTE	JOSÉ	5 3 9 5 0 4 8	· 5
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES			RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL 32-3140025/	CORREO ELECTRÓNICO Refaca Noria 25, oficina 205, Concón	ESPECIALIDAD PEDIATRÍA			<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN	FIRMA PROFESIONAL			<u>Documento firmado electrónicamente</u>

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.

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Sitio web <http://www.licencia.cl/>

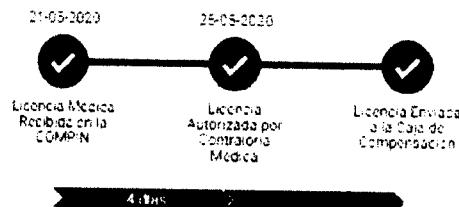
Página 1 de 3



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

300016

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

**Folio:**

3-39883740

**Trabajador:**

FUENTES ALBORNOZ PATRICIA ANDREA

**Período del reposo autorizado:**

19-05-2020 al 17-06-2020 (30 días)

**Tipo de licencia:**

Tipo no ingresado

**Empleador:**

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON

**Entidad pagadora:**

C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39883740 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra lice

1/2



Licencia Médica
 Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

APellido PATERNO	Catalán	JUAN CARLOS	130627-856-6
15052020	18052020	43	SEXO
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	
21	VEINTIUNO	Nº DE DIAS 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 18200):

APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/>	2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	
LUZ DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	
2 = HOSPITAL	
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA <u>manzana 2, pasaje 3, casa 5,</u> <u>Concón</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>06-53095412</u>	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APellido PATERNO	CANCILLO	ALVARO NICOL	17412884-3
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	MEDICINA GENERAL	ESPECIALIDAD
32-2813872/ TELÉFONO/FAX	Chafarcillo N. Concón	Documento firmado electrónicamente	
	DIRECCIÓN	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 periodo de vigencia.

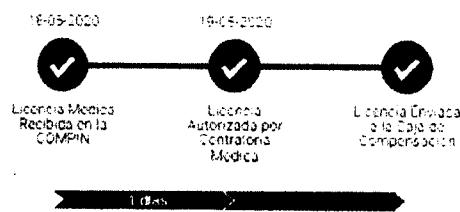
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



IMPORTANTE: Informamos a nuestros usuarios que desde Compin NUNCA les solicitaremos la Clave Única a través de llamados telefónicos o correo electrónico, esta es personal e intransferible.

000018

Etapas de la licencia médica



Fecha de la última actualización: 08-06-2020 21:38

Datos de la licencia médica

- Folio:**
3-39768081
- Trabajador:**
ARMIJO CATALÁN JUAN CARLOS
- Período del reposo autorizado:**
18-05-2020 al 07-06-2020 (21 días)
- Tipo de licencia:**
Tipo no ingresado
- Empleador:**
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CONCON
- Entidad pagadora:**
C.C.A.F. LOS ANDES

Información

La licencia médica folio N° 3-39768081 fue revisada por la contraloría médica de la COMPIN, autorizando el reposo indicado.

Debe saber

- La resolución de su licencia autorizada fue enviada a la caja de compensación para evaluación del derecho a pago.
- Su empleador se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Los Andes. El número de contacto de la caja es el 600 510 0000.
- Para conocer más detalles de su licencia médica o requiere información de alguna otra licencia.

1/2





Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

000030

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

VALENZUELA	VASQUEZ	LUIS ANTONIO	73956001	5
APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES	RUN	
08052020	07052020	63	M	
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
30	TREINTA	Nº DE DIAS EN PALABRAS		

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para llenar por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y Matr. de adopción plena (Ley 18.000)

APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	
<input type="checkbox"/> A = MARANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE:Nº:DEPTO:COMUNA	
Villa del Mar	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
06-88027084	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CATALAN	JARA	ALVARO FRANC	13367663	5
APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRES	RUN	
258902	REG. COLEGIO PROFESIONAL	PSIQUEIATRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA	
32-2358800/	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	FIRMA PROFESIONAL	
TELÉFONO/FAX	Av. Libertad 269 oficina 608, Villa del Mar			Documento firmado electrónicamente
DIRECCIÓN				

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

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
 Sitio web <http://www.licencia.cl/>

Página 1 de 3

