

**I. MUNICIPALIDAD DE BULNES
DEPARTAMENTO DE SALUD**



DECRETO ALCALDICIO N° 3734 /

AUTORIZA CONTRATO DE REEMPLAZO.

BULNES;

02 SEP 2019

VISTOS:

1.- La Licencia Médica N° 3 Folio: 2539695-2 presentada por la Sra. Hilda Echeverría Moncada, Cédula de Identidad N° [REDACTED] Técnico Paramédico del Centro de Salud Familiar Santa Clara, dependiente del Departamento de Salud de la Municipalidad de Bulnes, por 12 días, desde el miércoles 28 de agosto de 2019 y hasta el domingo 08 de septiembre de 2019.-

2.- La necesidad de contratar a un(a) Técnico en Enfermería de Nivel Superior que desempeñe sus funciones en el Centro de Salud Familiar Santa Clara, dependiente del Departamento de Salud Municipal de Bulnes.-

3.- El Correo Electrónico de fecha 30 de agosto de 2019 del Sr. Bernardo Felipe Coronado Olivares, Jefe (s) del Departamento de Salud, en el cual por orden del Sr. Alcalde solicita realizar contrato de reemplazo por licencia médica de la Sra. Hilda Echeverría Moncada, a la Srta. Yanara Montuyao Troncoso, TENS, a partir del 30 de agosto de 2019 y hasta el 08 de septiembre de 2019.-

4.- La disponibilidad y capacidad técnica de la Srta. Yanara Montuyao Troncoso, Cédula de Identidad N° [REDACTED]

5.- El certificado de inscripción en el registro nacional de prestadores individuales de salud, bajo el N° 211246 de la Srta. Yanara Montuyao Troncoso, Cédula de Identidad N° [REDACTED] Técnico de Nivel Superior en Enfermería.-

6.- El Estatuto de Salud y Carrera Funcionaria Ley N° 19.378 del 13 de abril de 1995, la Ley N° 19.607 que modifica el Estatuto de atención Primaria de Salud Municipal.-

7.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.-

DECRETO:

1.- Contrátese en calidad de Reemplazo a la Srta. Yanara Montuyao Troncoso, Cédula de Identidad N° [REDACTED] Técnico de Nivel Superior en Enfermería en el Centro de Salud Familiar Santa Clara, dependiente del Departamento de Salud Municipal de Bulnes, en Categoría C, Nivel 15, desde el día viernes 30 de agosto de 2019 y hasta el domingo 08 de septiembre de 2019.-

2.- La jornada de Trabajo será de 44 horas semanales.-

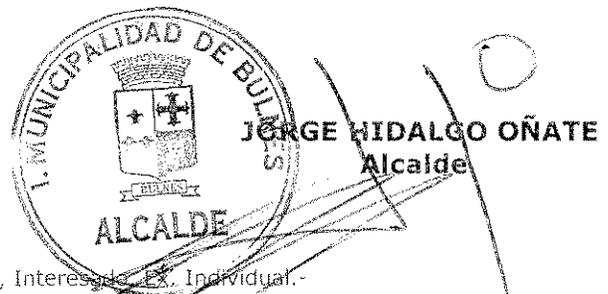
3.- Impútese los gastos de remuneración al Ítem 215 21 03 005, del presupuesto de Salud Municipal.-

ANOTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y



JHO/BA/RST/LSA/REG/PE//mcp.-

Distribución: Of. de Partes, Registro SIAPER, Archivo Finanzas, Interesado Ex. Individual.-



W



Licencia médica

La COMFOP, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas reduce o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 341964
OTORGADA PARA COTIZANTE FONASA

N° 3 FOLIO: 2539695-2

Operador : 4

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

EHEVERRÍA MONCADA HILDA YOLANDA 65 F
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN EDAD SEXO

2 - CELULAR 422641131
CANAL EMAIL DATO

FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO N DE DIAS N DE DIAS EN PALABRAS
25 08 19 25 08 19 12 DOCE
Dia Mes Año Dia Mes Año

A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO Solo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post-natals

(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo y Justicia de la Ley 18.957)

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.3 TIPO DE LICENCIA

- 1-Enfermedad o Accidente Común
- 2-Prorroga Medicina Preventiva
- 3-Licencia Maternal Pre y Post Natal
- 4-Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año
- 5-Accidente del Trabajo o del Trayecto
- 6-Enfermedad Profesional
- 7-Patología del Embarazo

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

FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRAYECTO 1=SI 2=NO

FECHA DE LA CONCEPCION

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1=Reposo Laboral Total SOLO PARA REPOSO PARCIAL 2=Reposo Laboral Parcial A=Manana B=Tarde C=Noche

LUGAR DE REPOSO 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION: CALLE, N. DEPTO, COMUNA
19 DE SEPTIEMBRE 189 BULNES CHILE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 0 - 422641131

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

ASTORGA FUENTES JOSE ATILIO 16833410-9
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

MEDICINA GENERAL 1 Médico 2 Dentista 3 Odontólogo 32548-1 JOSEASTORGAF@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD TIPO PROFESIONAL REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

MANUEL BULNES 373 # BULNES CHILE 0 TELEFONO FAX
DIRECCION



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL TRABAJADOR



FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR EL MEDICO

Trabajador Sector Público
Trabajador Independiente
Trabajador Dependiente
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.
Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.



4 80025390955020

Licencia médica

La COMPN, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, pueden rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. A.R. 16 D.S. No 3/1984

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE: J. Municipalidad de Bulnes RUT: 68142008 TELEFONO: 422201055 FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: 29/08/19 CODIGO COMUNAL USO COMPN:
 DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: CERRO Sta. Clara, LAS ROSAS S.M. Bulnes, Bulnes. CIUDAD: Bulnes

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

OCUPACION

- 0-Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca
- 1-Minas, Petróleos y Canteras
- 2-Industrias Manufacturadas
- 3-Construcción
- 4-Electricidad, Gas y Agua
- 5-Comercio
- 6-Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
- 7-Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros
- 8-Servicios Educativos, Sociales, Personales e Internacionales
- 9-Actividad No Especificada

- 11-Ejecutivo o Directivo
- 12-Profesor
- 13-Otro Profesional
- 14-Técnico
- 15-Vendedor
- 16-Administrativo
- 17-Obrero, Trabajador Manual
- 18-Trabajador de Casa Particular
- 19-Otro (Especificar)

C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

<p>REGIMEN PREVISIONAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1-D.L. 3501 RFP <input type="checkbox"/> 2-D.L. 3500 AFP</p> <p>Código: <input type="checkbox"/> Letra (Caja Prev.) <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre Int. Prev. <u>AFP Copromi</u></p>	<p>CALIDAD TRABAJADOR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1-Trabajador sector público afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 2-Trabajador sector público no afecto a la ley n 18.834. <input type="checkbox"/> 3-Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4-Trabajador independiente</p>	<p>SEGURO DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC <input checked="" type="checkbox"/> 1=Si 2=No</p> <p>Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No</p>
<p>FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small;">Dia Mes Año</p>	<p>FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL</p> <p><u>01/06/1987</u></p>	<p>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</p> <p><u>01/06/1987</u></p>

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION:

<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-0-7</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A-Servicio de Salud <input type="checkbox"/> B-Isapre <input type="checkbox"/> C-C.C.A.F. <input type="checkbox"/> D-Empleador</p>	<p>SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-0-8</p> <p><input type="checkbox"/> E-Servicio de Salud <input type="checkbox"/> F-Mutual <input type="checkbox"/> G-IMP <input type="checkbox"/> H-Empleador</p>
---	---

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: Caja de Compensación Los Andes



4 10 0 2 5 5 8 6 9 3 0 2 9

Licencia médica

La COMPRO en los casos de licencias médicas a la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas reducir o ampliar el período de reposo solicitado a cambio de toda la pérdida y recuperación. Art. 16 D.S. N° 2/1984.

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector público que cotizan para desahucio y aquellos transados en virtud del D.F.L. 1-306380 además deben registrar remuneraciones en la columna B.

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Codigo Institución Provisional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponden a un período superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)	Subsidio por incapacidad laboral		% DESAHUCIO	
	Mes	Año	N de días		Monto	N de días		
	A			B		C		Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (Tope 60 U.F.) para trabajador afiliado a A.F.C.
	05	2018	31	1.016.440.				
	06	2018	30	1.544.240.				
	07	2018	31	1.016.440.				

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADÉMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Codigo Institución Provisional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponden a un período superior a un mes (Art. 10 D.F.L. N° 44, 1978)	Subsidio por incapacidad laboral		
	Mes	Año	N de días		Monto	N de días	
	A			B		C	

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Total Días	Desde			Hasta			
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
	05	20	05	19	24	05	19
	12	10	06	19	21	06	19
	12	24	06	19	05	07	19
	25	15	07	19	08	08	19
	12	09	08	19	20	08	19
	07	21	08	19	24	08	19



Art. 13. El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recuperado el seguro.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

COMPRO FONASA
 Salud Responsable 600 500 7777 Mesa de Ayuda 600 360 3000
 Estado Licencias 600 400 4990 www.fonasa.cl

Contratacion reemplazo TENS

1 mensaje

DESAMU Bulnes <desamu@imb.cl>

30 de agosto de 2019, 9:25

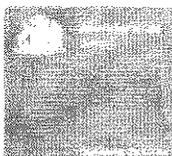
Para: Recursos Humanos - Salud <rr.hh.desamu@gmail.com>

Estimada:

Por orden del Sr. Alcalde, solicito a usted realizar contrato de reemplazo por licencia medica de la Sra. Hilda Echeverria a la Srta. Yanara Montuyao, TENS, a partir del 30 de Agosto y hasta el 8 de Septiembre de 2019.

Sin otro particular, atentamente.

--
*Felipe Coronado Olivares
Jefe (S) Departamento de Salud
I. Municipalidad de Bulnes*



**SUPERINTENDENCIA
DE SALUD**

Intendencia de Prestadores de Salud

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

EN EL REGISTRO NACIONAL

DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD

Certifico que en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud que mantiene esta Superintendencia de Salud, en la forma prevista y por los medios informáticos dispuestos por el Reglamento de los registros de Prestadores Individuales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 16, de 2007, del Ministerio de Salud, figura, bajo el N° 211246, la siguiente inscripción:

"Fecha de registro: 14-03-2013
"Rut: [REDACTED]
"Nombre Completo: Yanara Camila Montuyao Troncoso
"Sexo: Femenino
"Nacionalidad: Chilena
"Fecha Nacimiento: [REDACTED]
**"Título o Habilitación Profesional: Técnico de Nivel Superior en Enfermería
Técnico de Nivel Superior en Odontología**

° "Posee título de Técnico de Nivel Superior en Enfermería otorgado por el Centro de Formación Técnica de los Establecimientos Nacionales de Educación Cáritas Chile, emitido el 5 de Noviembre de 2012."

° "Posee título de Técnico de Nivel Superior en Odontología otorgado por el Centro de Formación Técnica de los Establecimientos Nacionales de Educación Cáritas Chile, emitido el 17 de Agosto de 2018."

Otorgado en Santiago, con fecha 30 de agosto de 2019

**CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

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

