

**DECRETO ALCALDICIO N° 000078**

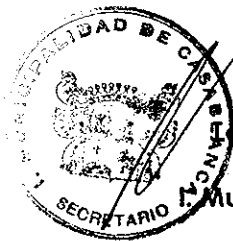
Casablanca, **02 ENE. 2013**

**VISTOS:**

- 1.- El D.F.L. N° 1 del 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.695, Orgánica constitucional de municipalidades.
- 2.- Lo dispuesto en el Art. 110 de la Ley 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- Las facultades que en mi calidad de Alcalde me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 4.- La licencia Medica presentada por el funcionario municipal de planta: **MARIO CORTES CEVASCO**, Cedula de Identidad N° 05.899.223 - 2, Directivo, Grado 07°, por 15 días, a contar del 02 al 16 de Enero del año 2013.

**DECRETO:**

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por el funcionario municipal de planta: **MARIO CORTES CEVASCO**, Cedula de Identidad N° 05.899.223 - 2, Directivo, Grado 07°, por un periodo de 15 días, a contar del 02 al 16 de Enero del presente año.
- II.- En su ausencia será reemplazado por el Abogado don: **RODRIGO CARRILLO IRAZABAL**, Cedula de Identidad N° 07.400.187 - 4
- III.- **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



**Leonel Bustamante González**  
Secretario Municipal  
Municipalidad de Casablanca



**Rodrigo Martínez Roca**  
Alcalde  
Municipalidad de Casablanca

SAA



1976

# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

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

Nº 2 - 40121552

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |  |  |  |                  |  |  |  |         |  |  |  |         |  |  |  |   |
|------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|---------|--|--|--|---------|--|--|--|---|
| CIVILES          |  |  |  | CIVIL            |  |  |  | MARCOS  |  |  |  | JB99223 |  |  |  | 2 |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES |  |  |  | RUN     |  |  |  |   |

020113  
FECHA EMISION LICENCIA

020113 63  
FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD

M 6 F  
M  
SEXO

15  
Nº DE DIAS

Quince  
Nº DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena ( Ley 18.867 ).

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |  |  |
|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RUN                 |  |  |  |

### A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 DIA MES AÑO  
 HORA MINUTOS TRAYECTO  1 = SI  2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION  
 MES AÑO

### 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 : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA  
 2415. Depto 141. RENISCE. VUE STRASS

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) :  
 ANAESTESIA 336. VUE STRASS  
 F 2124220.

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |  |  |  |                  |  |  |  |                    |  |  |  |                       |  |  |  |   |  |  |  |
|------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| JEBIK            |  |  |  | GLENY            |  |  |  | MARCOS             |  |  |  | CIVIL                 |  |  |  | 1   |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRES            |  |  |  | ESPECIALIDAD          |  |  |  | 1 = MEDICO<br>2 = DENTISTA<br>3 = MATRONA |  |  |  |
| 10963824         |  |  |  | 22091-4          |  |  |  | CORREO ELECTRONICO |  |  |  |                       |  |  |  |   |  |  |  |
| 2658528          |  |  |  | ANASTASIA 336    |  |  |  | DIRECCION          |  |  |  | FAX                   |  |  |  |   |  |  |  |
| TELEFONO         |  |  |  | DIRECCION        |  |  |  | FAX                |  |  |  | FIRMA DEL PROFESIONAL |  |  |  |   |  |  |  |

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| TOTAL DIAS |     | DESDE |     | HASTA |     |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| ANO        | MES | DIA   | ANO | MES   | DIA |
|            |     |       |     |       |     |

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 recepción del documento.

1 = SI  2 = NO

04. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES ( INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE )

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su:  por dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  TRABAJADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los 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.



1976

# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

N°2- 40121552

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

|                  |                  |         |         |   |
|------------------|------------------|---------|---------|---|
| CHAVEZ           | CEVALCO          | MARCO   | JB99223 | 2 |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN     |   |

020113  
FECHA EMISION LICENCIA

020113 63  
FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO EDAD

M 6 F  
M  
SEXO

15  
N° DE DIAS

Quince  
N° DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena ( Ley 18.867 ).

|                  |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                  |                  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |  |  |  |  |  |  |  |  |

### A.3. TIPO DE LICENCIA

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

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 DIA MES AÑO

HORA MINUTOS TRAYECTO  1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION  
 MES AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL  A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO  1-2 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_

DIRECCION : CALLE, N°, DEPTO., COMUNA  
 2415, Depto 141, Renca, V. de Maipo

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):  
 ANAERENA 336, V. de Maipo  
 F 2174220.

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

|                  |                  |          |              |
|------------------|------------------|----------|--------------|
| SEBIAK           | GUERRA           | ANGELICO | 1            |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES  | ESPECIALIDAD |

10.963824 - 2 22091-4  
 RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO

2618528 ANAERENA 336 V. de Maipo  
 TELEFONO DIRECCION FAX FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

|             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| TOTAL DIAS  | DESDE       | HASTA       |
| DIA MES AÑO | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |

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 recepcionado el documento.

1 = SI  2 = NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ( INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE )

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su ei  
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.