

**OTORGA REPOSO MEDICO A LA FUNCIONARIA MUNICIPAL MARLENE ALVAREZ CONTRERAS**

DECRETO ALCALDICIO N° 002411

Casablanca,

1<sup>o</sup> JUN 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 la funcionaria municipal de planta: **MARLENE ALVAREZ CONTRERAS**, Cedula de Identidad N° 07.767.818 - 8, Técnico, Grado 14°, por 07 días, a contar del 19 al 25 de Junio del año 2013.

**DECRETO:**

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por la funcionaria municipal: **MARLENE ALVAREZ CONTRERAS**, Cedula de Identidad N° 07.767.818 - 7, Técnico, Grado 14°, por un periodo de 07 días, a contar del 19 al 25 de Junio del año 2013

II.- ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Leonel Bustamante González  
Secretario Municipal  
1. Municipalidad de Casablanca



Juan Barros Diez  
Alcalde (S)  
1. Municipalidad de Casablanca

SAA



GOBIERNO DE CHILE

## Licencia Médica

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. Nº3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

Nº 2-33796742

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

<b>ALVAREZ</b>	<b>CONTRERAS</b>	<b>MARLENE</b>	7 7 8 8 1 8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
<b>180613</b>	<b>190613</b>		<b>53</b>
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO		EDAD
<b>07</b>		<b>SIETE DIAS</b>	
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS	
<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F	
SEXO		M & F	



#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Años 1993 y 2001 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	RUT

#### 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

1

---

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

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
DIA    MES    AÑO

TRAYECTO:  1 = SI  2 = NO

HORA: [ ] [ ] [ ]      MINUTOS: [ ] [ ]

FECHA DE LA CONCEPTACION: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
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, Nº, DEPTO, COMUNA  
Juana Vespigiani - 45 - Colauco

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : 2746140

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

<b>ALVAREZ</b>	<b>GALLARDO</b>	<b>TACIL</b>	<b>12</b>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
<b>2665693</b>	<b>1</b>	<b>3983-1</b>	
RUT	RUT	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO
<b>2994317</b>		<b>Oltrosom 80 - wallase</b>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p style="text-align: right;">FIRMA DEL TRABAJADOR</p> <p style="font-size: small;">ESPECIALIDAD</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p><input checked="" type="checkbox"/> = MEDICO  <input type="checkbox"/> = DENTISTA  <input type="checkbox"/> = OTRAS</p> </div> </div>	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FECHA Y FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RUT	FIRMA	FECHA	RUT	FIRMA	FECHA

SI       NO  
 He leído esta licencia y acepto su contenido.

LICENCIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES  
 SI       NO

Este formulario es de uso exclusivo de la Contraloría Médica - COMPIN e ISAPRES. No debe ser utilizado para otros fines.