

DECRETO ALCALDICIO N° \_\_\_\_\_

002423,

Casablanca,

19 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, Organica 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: **KAREM ULLOA CARVAJAL**, Cedula de Identidad N° 13.064.893 - 2, Administrativo, Grado 16°, por 05 días, a contar del 19 al 23 de Junio del presente año, inclusive.



**DECRETO:**

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por la funcionaria municipal: **KAREM ULLOA CARVAJAL**, Cedula de Identidad N° 13.064.893 - 2 Administrativo, Grado 16°, por un periodo de 07 días, a contar del 19 al 23 de Junio del presente año, inclusive.-

II.- **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

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

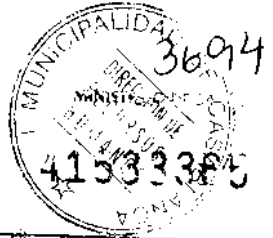
  
**Juan Barros Diez**  
Alcalde (S)  
I. Municipalidad de Casablanca

SAA 7



# 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. N° 31984



## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **VALLEDA**    APELLIDO MATERNO: **CAJAVALLAL**    NOMBRES: **KAREN**    N°: **73064992**

FECHA EMISION LICENCIA: **18/06/13**    FECHA INICIO DE REPOSO: **19/06/13**    EDAD: **36**    SEXO: **F**

N° DE DIAS: **01**    N° DE DIAS EN PALABRAS: **CINCO**

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales.

APELLIDO PATERNO: [ ]    APELLIDO MATERNO: [ ]    NOMBRES: [ ]    FECHA DE NACIMIENTO: [ ]    RUTN: [ ]

### 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

TRAYECTO:  1 = SI     2 = NO

HORA: [ ] [ ]    MINUTOS: [ ] [ ]

FECHA DE LA CONCEPCION: [ ] [ ] [ ] [ ]  
 MES    AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO 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. COMUN: **VELAZQUEZ SUR**  
**11100 AV. AVILA 370**

TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: **011 4711111**

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **Prado**    APELLIDO MATERNO: **Gonzalez**    NOMBRES: **Roberto**

RUN: **7737076-5**    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **16308-1**    ESPECIALIDAD: **Med 1117**

TELEFONO: **4796775**    CORREO ELECTRONICO: **checcabaco spo**

FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

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

NOMBRE, FIRMA Y TIEMPO DEL EXPERIADOR O TRABAJADOR INDEPENIENTE: [ ]


Art. 13 - El empleador deberá proporcionar licencia médica...  
 SI     NO

REPOSOS EN LOS PRIMEROS 6 MESES

Este formulario es propiedad de la Contraloría Médica de la COMPIN...