

**OTORGA REPOSO MEDICO AL FUNCIONARIO MUNICIPAL DON
DANILO CASTILLO SANTIS**

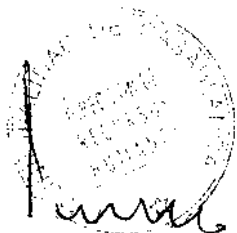
DECRETO ALCALDICIO N°

000147

Casablanca, 27 MAY 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: **DANILO CASTILLO SANTIS**, Cedula de Identidad N° 10.525.143 - 2, Jefatura, Grado 11°, por 03 días, a contar del 27 al 29 de Mayo del presente año, Inclusive.



DECRETO:

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por el funcionario municipal de planta: **DANILO CASTILLO SANTIS**, Cedula de Identidad N° 10.525.143 - 2, Jefatura, Grado 11°, por un periodo de 03 días, a contar del 27 al 29 de Mayo del año 2013, Inclusive.

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



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal

I. Municipalidad de Casablanca

Rodrigo Martínez Roca
Alcalde

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°3/1984.

3617
MINISTERIO DE SALUD
N°2- 41044342

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: RUT:

FECHA EMISION LICENCIA: FECHA INICIO DE REPOSO: EDAD: SEXO: M F

N° DE DIAS: N° DE DIAS EN PALABRAS:

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO S6lo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un a6o y post natal.

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: FECHA DE NACIMIENTO:

A.3. TIPO DE LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 2 = PRORRUGA MEDICINA PREVENTIVA
 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 A6O
 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

PERFECTIBILIDAD LABORAL: SI NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: SI NO

LUGAR DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: DIA: MES: A6O:

TRAYECTO: HORA: MINUTOS:

FECHA PLACIA CONCEPCION: MES: A6O:

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: A = MA6ANA B = TARDI C = NOCHE

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

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) : _____

DIRECCION : CALLE N° DEPTO.: COMUNA Av. Argentina 34
Las Tablas

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO: NOMBRES: ESPECIALIDAD:

RUT: REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION: FAX: FIRMA DEL PROFESIONAL:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HASTA		DESDE		TOTAL DIAS	
A6O	MESES	A6O	MESES		

Art. 15 - El empleador deberá presentar la licencia médica a las 15 horas hábiles siguientes de recepción y depósito en el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los 5 días hábiles siguientes de recepción y depósito.

SI
 NO

LECTURAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Este formulario debe ser presentado en el momento de solicitar la licencia médica y debe ser llenado por el trabajador o su representante legal. El formulario debe ser llenado en triplicado y debe ser firmado por el trabajador o su representante legal. El formulario debe ser presentado en el momento de solicitar la licencia médica y debe ser llenado por el trabajador o su representante legal.