

DECRETO ALCALDICIO - Nº 0 0 1 7 8 1

Casablanca,

2 3 ABR 2013

DIRECCIÓN DE CACAMAN D

- 1.- La Licencia Médica Nº 2-41028754, otorgada por la Médico, Paula Arriagada Palma, presentada por Doña MARTA BALLADARES NARANJO, que se desempeña como Fumigadora de la Dirección de Salud Municipal.
- 2.- Lo informado por la Dirección de Salud
- 3.- Lo prevenido en la Ley Nº 18.620.-, Código del Trabajo
- 4.- Lo prevenido en la Ley N° 18.469.-, sobre Régimen de Prestaciones de Salud.
- 5.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

I.-

Otorgase a Doña MARTA BALLADARES NARANJO, que se desempeña como Fumigadora de la Dirección de Salud Municipal, Licencia Médica de 03 días a contar del 23 al 25 de abril del 2013.

Leonel Busamante González
Secretario Municipal
Liustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía Salud RR.HH NHR/SAA



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 -41028754

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
CALUADARES VARAN APÉLLIDO PATERNÓ APELLIDO MATERNÓ	150 MASTER 12825401 - 3
FECHA EMISION LICENCIA FECHA EMISION LICENCIA	230H/3 H2 SEXO
N° DE DIAS EN	
N° DE DIAS 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). FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO PATERNO : APELLIDO MATERNO	NOMBRES RUN
A.3. TIPO DE LICENCIA	\ \(\times \text{.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO} \)
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 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL SOLO PARA REPOSO PARCIAL A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
RECUPERABILIDAD 1 = SI 1 = SI DE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO 1 = SI	LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) DIRECCION : CALLE; N'; DEPTO; COMUNA DOC TO VILO 000
HORA MINUTOS FECHA DE LA CONCEPCION MES ANO	BLOCK FR. DPTO 302 TELEFONO (PERSONALO DE CONTACTO): VICLA 505 EMAI (ASABLANCA
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES	
NO ABRIR. USU EXCLUSIVU CUN	I RALUKIA WEDICA-CUWPIN E ISAPRES
NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
]	DIA MES AÑO DIA MES AÑO

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

1

ζ.= NO I2 = I ATSAH DE2DE TOTAL DIAS

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES