

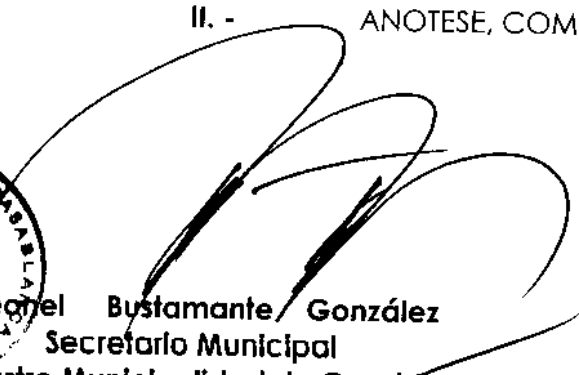
DECRETO ALCALDICIO - Nº 002418,


Casablanca, 19 JUN 2013

- VISTO :
- 1.- La Licencia Médica Nº 1-29778003 otorgada por el médico Dr. Ana Fuentes Ramírez, presentada por **ELIZABETH PARRA ILABACA**, Técnico Paramédico, Categoría D, grado 10 de la Dirección de Salud de esta Municipalidad.
 - 2.- Lo informado por la Dirección de Salud.
 - 3.- Lo prevenido en la Ley Nº18.620.- Código del Trabajo.
 - 4.- Lo prevenido en la Ley Nº 18.469.- sobre Régimen de Prestaciones de Salud.
 - 5.- Las facultades que me confiere la Ley Nº18.695, Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO : I.- Otorgase a Doña **ELIZABETH PARRA ILABACA**, Técnico Paramédico, Categoría D, grado 10 de la Dirección de Salud, Licencia Médica de 2 días, a contar del 18 al 19 de Junio del 2013.

II. - ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVESE.


Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Ilustre Municipalidad de Casablanca


Juan Alfonso Barros Diez
Alcalde (S)
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:
Alcaldía
Salud
RR.HH
NHR/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. N°3/1984.

MINISTERIO DE SALUD

N° 1 - 29778003

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Pareda	Elizabeta	Elizabeta
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

12453986	0
RUN	

1910613
FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO

18	06	13
DIA	MES	AÑO

39
EDAD

M.F.

#
SEXO

02
N° DE DIAS

Dos
N° DE DIAS EN PALABRAS

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natal. (Ans. 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									

A.3. TIPO DE LICENCIA

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

RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
-------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO								
DIA	MES	AÑO						

HORA	MINUTOS	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI	<input type="checkbox"/> 2 = NO
------	---------	----------	---------------------------------	---------------------------------

FECHA DE LA CONCEPCION					
MES	AÑO				

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL	<input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>	
A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE	

LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO	<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL	<input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
-----------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------------

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION : CALLE: N° DEPTO: COMUNA
 H 540. Villa Americana Osablanca

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 2742305

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Pareda	Elizabeta	Elizabeta
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

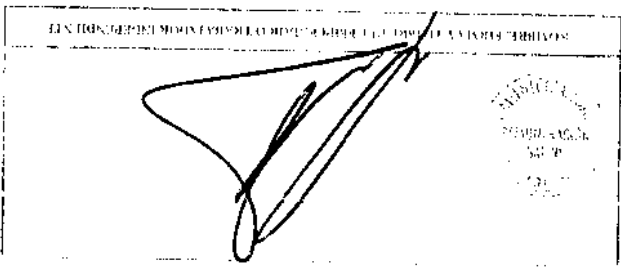
15986918	0
RUN	

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 12.1. CAS - Lic. 15.986.918

FIRMA DEL TRABAJADOR: *Elizabeta Pareda*

1 = MEDICO
2 = DENTISTA
3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES



DIAS	DESDE	HASTA	DIAS	DESDE	HASTA
3	13	13	4	13	13
4	13	13	5	13	13
5	13	13	6	13	13
6	13	13	7	13	13
7	13	13	8	13	13
8	13	13	9	13	13
9	13	13	10	13	13
10	13	13	11	13	13
11	13	13	12	13	13
12	13	13	13	13	13

Art. 15. 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.

INFORMACION CONTRALORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: C.F. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia. Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles siguientes de la fecha de inicio del reposo.