

DECRETO ALCALDICIO - Nº 001931

Casablanca,

- 8 MAY 2013

VISTO :



- 1.- La Licencia Médica Nº 2-41024818 otorgada por el médico Dr. Andrés Felipe Isaza Gómez , presentada por **BERTA LIZAMA GUTIERREZ**, Administrativo, Categoría E, grado 15 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 **BERTA LIZAMA GUTIERREZ** Administrativo , Categoría E, grado 15 de la Dirección de Salud, Licencia Médica de 11 días, a contar del 08 al 18 de Mayo del 2013.

II. - ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVESE.



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Ilustre Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía
Salud
RR.HH
NHR/SAA

U
M 7



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 - 41024818

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: *Spizman* APELLIDO MATERNO: *Gutierrez* NOMBRES: *Rebeca del Carmen* RUN: *10460454-4*
 FECHA EMISION LICENCIA: *070513* FECHA INICIO DE REPOSO: *080513* EDAD: *46* SEXO: *F*
 N° DE DIAS: *11* N° DE DIAS EN PALABRAS: *Once*

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).

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

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: _____
 HORA: _____ MINUTOS: _____ TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____

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; N°; DEPTO.; COMUNA: *Chacabuco 070 Carabancha*
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): *76156344*

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: *Isaza* APELLIDO MATERNO: *Gómez* NOMBRES: *Andrés Felipe*
 ESPECIALIDAD: *DR. ANDRES ISAZA G. CATRONA* FIRMA DEL TRABAJADOR: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA			
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 SI 2 NO

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica efectivamente trabajados los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

FOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su t...
FOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
FOR DEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

CC

CC