

003597

DECRETO ALCALDICIO - Nº

Casablanca, 55 DIC. 2012

VISTO

DIRECCION DE

1.-

La Licencia Médica N° 2-33651739 otorgada por el médico Paula Arriagada Palma, presentada por **MARCELA PAZ GAMBOA PARRA**, Técnico Paramédico Dental, Categoría D, grado 10 de la Dirección de Salud e Higiene Ambiental 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 N° 18.469.- sobre Régimen de

Prestaciones de Salud.

5.-

Las facultades que me confieren la Ley N°18.695,

Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO : I.-

Otorgase a Doña MARCELA PAZ GAMBOA PARRA Técnico Paramédico Dental, Categoría D, grado 10 de la Dirección de Salud e Higiene Ambiental, Licencia Médica de 2 días, a contar del 05 al 06 de Diciembre del 2012.

II. - A

ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVESE.

Leonel Bustamante González Secretario Municipal Ilustre Municipalidad de Casablanca

Rodrigo Martínez Roca Alcalde

llustre Municipalidad de Casablanca

Distribución: Alcaldía

Salud RR.HH

SMC/SAA

R =

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.

N°2- 33651739

| | SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL | | 11 2- 3 | POSTICO |
|---|--|--|----------------------------|--|
| | A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR | | | |
| | GAMBOA DABBIA MARCELY | F PHE | | QHQ . 61 |
| | APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOME | BRES | RUN M 6 F | |
| | OS 17 17 PECHAINICIO DE REPOSO | 1/12 4/4 | 厚 | |
| encia. | FECHA EMISION LICENCIA DIA MES | AÑO EDAD | SEXO | |
| oso. de vig oso. | | | | |
| el rep ríodo el rep | N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS | | | |
| icio de lel per licio d | A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. | | | |
| ı de in mtro c a de ir | (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867). | | FECHA DE NACIMIENT | го |
| n fecha n y de a fecha | | | | |
| s de la misio s de la | APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOM | BRES | RUN | |
| ntado in de o mtado | A.3. TIPO DE LICENCIA A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO | | | |
| iles co la feci iles co | 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN | | | |
| s háb os de is háb | 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA | 1 = REPOSO LABORAL TO 2 = REPOSO LABORAL PA | | |
| es día ontad os día | 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO | | A A | = MAÑANA |
| los ir iles co i los d | 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL | | | = TARDE = NOCHE |
| čro de as hák tero de | 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO | | | |
| r den dos di or der | DECUDERARIU IDAD 1 1=SI INICIO TRAMITE 1=SI LUGAI | DE REPOSO 1=8 | U DOMICILIO | |
| sc t | RECUPERABILIDAD 1=SI INICIO TRAMITE 2=NO LUGAI | | IOSPITAL OTRO DOMICILIO | |
| su err entro (su err | FECHA DEL ACCIDENTE DEL HUSTIF | ICAR SI ES OTRO (3) | | |
| lica a lica de dica a | TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO | | 113110 20 | . 1 (1 \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ |
| ia méc ia méc ia mé | 1=SI DIRECTO 2=NO VAS 1A | CION: CALLE; N°; DEPTO; COMU | INA VILLET SIT | 201310 |
| ficenc licenc licenc | HORA MINUTOS | SE LA ANEM | 0(2221) | 2) |
| tar la tar la tar la | FECHA DE LA CONCEPCION TELES | ONO (PERSONALO DE CONTAC | 10) <u>725579</u> | <u> </u> |
| oresen oresen oresen | MES AÑO | | | |
| Deberá presentar la licencia médica a su er por dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. Deberá presentar la licencia médica dentro d | | | | |
| | | | marky hand | loa . |
| LICO NTE: TE: | A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL | | - FIRMA DEL TRABAJADOR | |
| r PUB NDIE DIEN | Anni Ha Ana PALMAI PAULA | MED_ | GENERAL | 1 = MEDICO 2 = DENTISTA |
| CTOF DEPR | APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES ESPECIALIDAD 3 = MATI | | | |
| S SS S IN | <u> </u> | | W00 | 1,1 |
| A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL FIRMA DEL TRANSJADOR APELLIDO PATERNO APELLIDO PATERNO APELLIDO PATERNO RUN REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRONICO NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES | | | | |
| | | | | RES = |
| THE ADMITT USU EXCLUSIVE CONTINACONIA MEDICA COM IN C.O. | | | | |
| | | | | |
| | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O'TRABAJADOR INDEPENTE | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | DIA MES AÑO | DIV VIEZ Y/O | |
| | | ateah | DESDE | SAIG JATOT |

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Scrvicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hádiles siguientes de recepcionado el documento. IS = I

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Δ