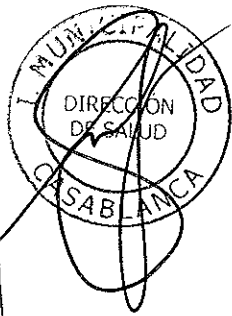


DECRETO ALCALDICIO - Nº 003920

Casablanca, 27 DIC. 2012

VISTOS:



- 1.- La Licencia Médica Nº 2-33742057 otorgada por el Médico Paula Arriagada Palma, presentada por doña **MARIELA LOBOS QUEZADA**, Psicóloga, Encargada Programa Salud Mental, Categoría B Grado 15, de la Dirección Salud e Higiene Ambiental, de esta Municipalidad.
- 2.- Lo informado por la Dirección de Salud
- 3.- Lo prevenido en la Ley Nº 18.469.-, sobre Régimen de Prestaciones de Salud.
- 4.- Las facultades que me confieren la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

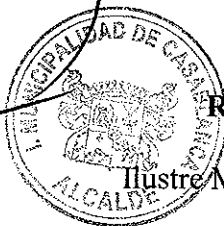


- I.- Otorgase a doña **MARIELA LOBOS QUEZADA**, Psicóloga, Encargada Programa Salud Mental, Categoría B Grado 15, de la Dirección Salud e Higiene Ambiental, Licencia Médica de 03 días a contar del 26 hasta el 28 de Diciembre 2012.

II.- ANÓTESE, 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
SMC/SA

20



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°2- 33742057

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

U P O S	Q U E Z A D A	M A R I E L A	N .	9	8	4	7	0	6	8	-	8	
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN				
26			12			12			38		F		
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA		MES	AÑO		EDAD		SEXO
33		TRES											
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).

APELLIDO PATERNO											APELLIDO MATERNO			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			RUN
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	---------	--	--	---------------------	--	--	-----

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 checked="" 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	<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 <u>Barro de Selva N°1465</u> <u>Coloana Valpo.</u>						
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>95 792287</u>						

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

A A R I A G A D A	P A C I A	P A O L A																
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			ESPECIALIDAD			FIRMA DEL TRABAJADOR			1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
116014687-7											REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			CORREO ELECTRONICO				
2740470											Leticia Azun 20088 Colloana			[Firma]				

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS			DESDE			HASTA		
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

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

1 = SI 2 = NO

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

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.