

DECRETO ALCALDICIO N° 001156

Casablanca,
15 MAR 2013

VISTOS:

- 1.- El D.F.L. N° 1 del 2006, que fija el texto refundido coordinado y sistematizado de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 2.- Lo dispuesto en el Art. 110 de la Ley 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- Las facultades que en mi calidad de Alcalde me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 4.- La licencia Medica presentada por el funcionario municipal de planta: **JOSE VERA BERRIOS**, Cedula de Identidad N° 08.222.157 - 3, Administrativo, Grado 12°, por 30 días, a contar del 14 de Marzo al 12 de Abril del 2013.

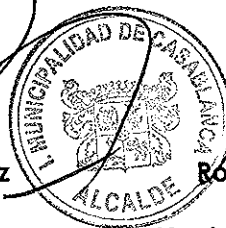
DECRETO:

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por el funcionario municipal de planta: **JOSE VERA BERRIOS**, Cedula de Identidad N° 08.222.157 - 3, Administrativo, Grado 12°, por un periodo de 30 días, a contar del 14 de Marzo al 12 de Abril del 2013.

II.- ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
Municipalidad de Casablanca

DCS

2300



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.



SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **VIGNA** APELLIDO MATERNO: **BENNIQU** NOMBRES: **JOHN WILSON** RUN: **82221177**
 FECHA EMISION LICENCIA: **190013** FECHA INICIO DE REPOSO: **140312** EDAD: **52** SEXO: **M**
 N° DE DIAS: **30** N° DE DIAS EN PALABRAS: **treinta**

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: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____
 TRAYECTO: 1 = SI 2 = NO
 HORA: _____ MINUTOS: _____
 FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES: _____ AÑO: _____

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: **villas del valle, calle solis 811, Valdivia**
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): **241148**

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: **TRUJILLO** APELLIDO MATERNO: **OLIVERA** NOMBRES: **JOSE ANTONIO** FIRM DEL TRABAJADOR: _____
 RUN: **1762008** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **2424** ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = FARMACEUTICO
 CORREO ELECTRONICO: _____

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

RABAJAR EN ESTE TIPO DE LICENCIA: Debe ser presentada en forma original y en un solo ejemplar. Debe ser presentada en forma original y en un solo ejemplar. Debe ser presentada en forma original y en un solo ejemplar.

NOMBRE, FIRMA Y TRAMITE DEL TRABAJADOR: _____

1 = SI 2 = NO

... EN LOS CLINICOS E HIESBS