

Casablanca

Municipalidad

con su gente

DECRETO ALCALDICIO N° 001956

Casablanca,

10 MAY 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 la funcionaria municipal de planta: **LIZETTE ALCAINO ESCARATE**, Cedula de Identidad N° 13.431.774 - 4, Administrativo, Grado 17°, por 05 días, a contar del 08 al 12 de Mayo del presente año.



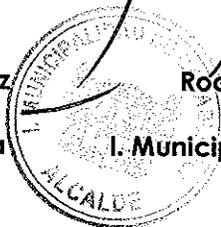
DECRETO:

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por la funcionaria municipal: **LIZETTE ALCAINO ESCARATE**, Cedula de Identidad N° 13.431.774 - 4, Administrativo, Grado 17°, por un periodo de 05 días, a contar del 08 al 12 de Mayo del presente año.

II.- **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
I. Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
I. Municipalidad de Casablanca

M SAA d

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. Act.16 D.S. N°3/1984.

GOBIERNO DE CHILE

N° 1



SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: AZCARRA | APELLIDO MATERNO: MOYANO | NOMBRES: ESCARABE LIBERTAD | RUN: 13451234-9
 FECHA EMISION LICENCIA: 08/05/13 | FECHA INICIO DE REPOSO: 08/05/13 | EDAD: 319 | SEXO: F
 N° DE DIAS: 05 | N° DE DIAS EN PALABRAS: CINCO

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

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

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: La Urbana 500, C-5, Providencia
 TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 99055423

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: MOLINA | APELLIDO MATERNO: SAZANAS | NOMBRES: LUIS | ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA
 RUN: 13451234-9 | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 2977-9 | CORREO ELECTRONICO:

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O DEL EMPLEADOR AUTÓNOMO:

FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica...
 1 = SI, 2 = NO

OTRAS LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES...
 INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR (UNIDAD INDEPENDIENTE)

Este formulario es de uso exclusivo de la Contraloría Médica. No debe ser utilizado para otros fines. La información contenida en este formulario es confidencial y no debe ser divulgada a terceros.