

**DECRETO ALCALDICIO - N° 0 0 0 6 2 2**

Casablanca, 14 FEB 2013

VISTO :

- 1.- La Licencia Médica N° 2-33755379 otorgada por el médico Georg Hubner Arancibia, presentada por Doña **CAROLYN SANHUEZA CORTES**, que se desempeña como Medico de las posta Rurales, Categoría A, grado 12 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 del Código del Trabajo **D.F.L** N°1 del 2002, D.O. 16/01/2003, fija texto refundido, Coordinado y Sistematizado, del 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 **CAROLYN SANHUEZA CORTES**, que se desempeña como Medico, Categoría A, grado 12 de la Dirección de Salud e Higiene Ambiental de esta Municipalidad, licencia Médica de 01 días , por el 13 de febrero de 2013.

II. - ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHÍVESE.



Leónel Bustamante González  
Secretario Municipal  
Ilustre Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca  
Alcalde  
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía  
Salud  
RR.HH  
NHR/DCS.



GOBIERNO DE CHILE

# 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- 33755379

### SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SANHUEZA				CORTEZ				CAROLYN				13226629				1
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				
130213				130213				35				F				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				EDAD				SEXO				
01				UNO												
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				
APELLIDO PATERNO												APELLIDO MATERNO				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO				

#### 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE LA CONCEPCION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> REPOSO PARCIAL		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>CAROL CORDOBA</u> <u>NORTE 116 LAZARUA</u>					
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>95149103</u>					

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

HUBNER				ANANCIANA				GEORGE							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				ESPECIALIDAD			
17167261				9				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO			
274 04 28				LEZUS ADONC 98				georg hubner @ yelso.es				2807 helen j			
TELEFO															

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TRIBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	

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 ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

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