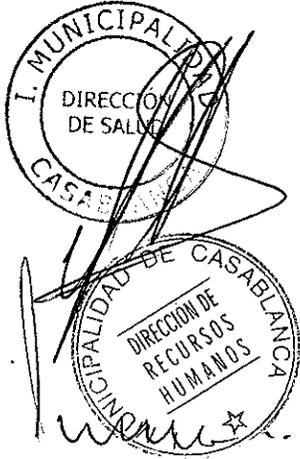


DECRETO ALCALDICIO - Nº 000797

Casablanca, 25 FEB 2013

VISTOS :



- 1.- La Licencia Médica Nº 2-33795364, otorgada por la Médico, Manuel Jiménez M, presentada por Doña **MARTA BALLADARES NARANJO**, que se desempeña como Fumigadora de la Dirección de Salud Municipal.
- 2.- Lo informado por la Dirección de Salud
- 3.- Lo prevenido en la Ley Nº 18.620.-, Código del Trabajo
- 4.- Lo prevenido en la Ley Nº 18.469.-, sobre Régimen de Prestaciones de Salud.
- 5.- Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO :

- I.- Otorgase a Doña **MARTA BALLADARES NARANJO**, que se desempeña como Fumigadora de la Dirección de Salud Municipal, Licencia Médica de 07 días a contar del 23 de Febrero al 01 de marzo del 2013.

II.- ANÓTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVASE.



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Ilustre Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía
Salud
RR.HH
NHR/SAA



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- 33795364

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Ballas				Damas				Marta				Reso				12825401				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN								
220210				200213				43				M F				P				
FECHA EMISION LICENCIA				FECHA INICIO DE REPOSO				DIA MES AÑO				EDAD				SEXO				
07				Siete Dias																
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				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		
HORA MINUTOS		TRAYECTO <input 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 REPOSO PARCIAL <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>Villa Los Andes</u>					
<u>Block 799 Dep 202 Cas 911000</u>					
TELEFONO (PERSONALO DE CONTACTO) <u>85242184</u>					

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Jimenez				Manuel				Manuel				Médico			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				ESPECIALIDAD			
72904772				8				74980900				ASAD			
RUN				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO							
												FIRMA DEL TRABAJADOR			
												FIRMA DEL PROFESIONAL			

DR. MANUEL JIMENEZ M.
MEDICINA GENERAL CIRUGIA
 RUT 7.772.772-8

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

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)

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
 Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
 Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO:
 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:
 TRABAJADOR DEPENDIENTE: