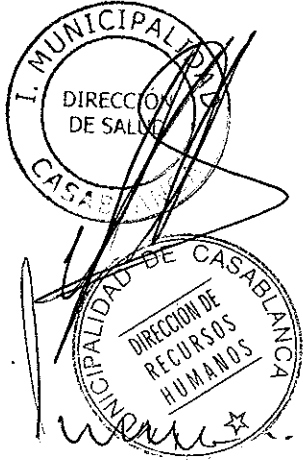


**DECRETO ALCALDICIO - N° 000797**

Casablanca, 25 FEB 2013

VISTOS :



- 1.- La Licencia Médica N° 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 N° 18.620.-, Código del Trabajo
- 4.- Lo prevenido en la Ley N° 18.469.-, sobre Régimen de Prestaciones de Salud.
- 5.- Las facultades que me confiere la Ley N° 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

11 9



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 David				Mariana				Marta Rosa				12825401				3
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				RUN				

2	2	0	2	1	3
---	---	---	---	---	---

FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO		2	0	2	1	3
		DIA	MES	AÑO		

4	3
---	---

EDAD

M	F
P	

SEXO

0	7
---	---

N° DE DIAS

S	E	T	E	D	I	A	S											
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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).

														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 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI 2 = NO								
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> DIA MES AÑO							TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
HORA MINUTOS <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					FECHA DE LA CONCEPCION <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 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 Casapalms</u>		
TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) <u>85242184</u>		

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Manuel				Mae				Manuel				Médico			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES				ESPECIALIDAD			
72904772				8				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL				CORREO ELECTRONICO			
74980900				ASAD											

1 = MEDICO  
 2 = DENTISTA  
 3 = MATRONA

FIRMA DEL TRABAJADOR M. Balladares  
 FIRMA DEL PROFESIONAL DR. MANUEL JIMENEZ M. MEDICINA GENERAL CIRUGIA

## 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: 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 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.