

DECRETO ALCALDICIO - Nº 002326

Casablanca,

11 JUN 2013

VISTO : 1.-

La Licencia Médica Nº 3-001591357-6 otorgada por la Doctora Jazmín Moreira Medina, presentada por la funcionaria **KARLA MUÑOZ PINILLA**, Matrona Categoría B, grado 14, de la Dirección de Salud de esta Municipalidad.

2.-

Lo informado por la Dirección de Salud.

3.-

Lo prevenido en la Ley Nº 18.469.- sobre Régimen de Prestaciones de Salud.

4.-

Las facultades que me confiere la Ley Nº18.695, Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO : I.-

Otorgase a Doña **KARLA MUÑOZ PINILLA**, Matrona, Categoría B, grado 14, funcionaria, de la Dirección de Salud Licencia Médica de 05 días a contar del 10 al 14 de Junio del 2013.

II. - ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVESE.



Leonel Bustamante González  
Secretario Municipal  
Ilustre Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca  
Alcalde  
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía  
Salud  
RR.HH  
NHR/SAA



# Licencia Médica Otorgada para cotizante FONASA

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



N° 3 001591357-6

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MUNOZ PINILLA KARLA CAROLI 13697274 - K  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
 10062013 10062013 33 F  
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO  
 05 CINCO  
 N° DE DIAS N° DE DIAS EN PALABRAS  
 Documento firmado electrónicamente  
 FIRMA TRABAJADOR

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natalas (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
 FECHA NACIMIENTO

### A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN  
 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO  
 1  
 RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ 2 1 = SI 2 = NO  
 FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO  
 HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO  
 FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL  
 SÓLO 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):  
 DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA ROJAS MAGALLANES 2849, La Florida  
 TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MOREIRA MEDINA JASMIN DE LO 14704082 - 2  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
 REG. COLEGIO PROFESIONAL 2-4501800/ TELÉFONO/FAX  
 CORREO ELECTRÓNICO VICUÑA MACKENNA ORIENTE, La Florida DIRECCIÓN  
 ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR  
 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA  
 Documento firmado electrónicamente  
 FIRMA PROFESIONAL

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.