

DECRETO ALCALDICIO - N° 001895
Casablanca,
- 6 MAY 2013

VISTOS :



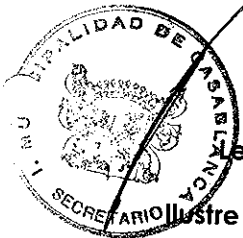
- 1.- La Licencia Médica N° 2-41028793, otorgada por la Médico, Paula Arriagada Palma, presentada por Doña **MARTA BALLADARES NARANJO**, que se desempeña como Fumigadora de la Dirección de Salud Municipal.
- 2.- Lo informado por la Dirección de Salud
- 3.- Lo prevenido en la Ley N° 18.620.-, Código del 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 01 día por el 03 de mayo del 2013.

II.- ANÓTESE, 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

MINISTERIO DE SALUD

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. Nº3/1984.

Nº 2 - 41028793

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: BALLADARES APELLIDO MATERNO: WABANDU NOMBRES: MARIA RUN: 12.8254071-3

FECHA EMISION LICENCIA: 02/05/13 FECHA INICIO DE REPOSO: 03/05/13 EDAD: 412 SEXO: F

Nº DE DIAS: 01 Nº DE DIAS EN PALABRAS: UNO

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

HORA: MINUTOS:

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 DOCTOR VIDOSOLA BLOK 799 DPTO 302, VILLA JOSE

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): MANA CASABLANCA

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: ARI APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ FIRMA DEL TRABAJADOR: M. Balladares MEDICINA GENERAL 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE		HASTA	
	DIA	MES	DIA	MES

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Las remuneraciones informadas						
deben corresponder a los días						
efectivamente trabajados.						

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

CONTINUA

CONTINUA