

DECRETO ALCALDICIO - N°

0024171

Casablanca, 6 AGO. 2012

VISTO : 1.-

La Licencia Médica N° 2-35891615 otorgada por el médico Eduardo Cea Valencia, presentada por **MARCELA PAZ GAMBOA PARRA**, Técnico Paramédico Dental, Categoría D, grado 10 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 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 confieren la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de municipalidades.

DECRETO : I.-

Otorgase a Doña **MARCELA PAZ GAMBOA PARRA** Técnico Paramédico Dental, Categoría D, grado 10 de la Dirección de Salud e Higiene Ambiental, Licencia Médica de 05 días, a contar del 06 al 10 de Agosto del 2012.

II. -

ANOTESE, 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..

# 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

GOBIERNO DE CHILE

N°2- 35891615

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APELLIDO PATERNO:** GAMBIOA **APELLIDO MATERNO:** PARRA **NOMBRES:** MARCELA **RUN:** 11223878-6  
**FECHA EMISION LICENCIA:** 060812 **FECHA INICIO DE REPOSO:** 060812 **EDAD:** 44 **SEXO:** F  
**N° DE DIAS:** 05 **N° DE DIAS EN PALABRAS:** CINCO

### 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

**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 ÓTRO (3):** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** CALLE; N°; DEPTO; COMUNA Villa San Juan Paje La Arena 407, Colchagua

**TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):** 715 40684

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

**APELLIDO PATERNO:** CEA **APELLIDO MATERNO:** VALENCIA **NOMBRES:** EDUARDO **RUN:** 115831206-9 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL:** 30481-6 **CORREO ELECTRONICO:** [ ]

**FIRMA DEL TRABAJADOR:** [Firma] **ESPECIALIDAD:**  1 = MEDICO  2 = DENTISTA  3 = MATRONA

**Dr. EDUARDO CEA VALENCIA**

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES**

Deberá presentar la licencia médica a su em...  
 Deberá presentar la licencia médica dentro d...  
 Deberá presentar la licencia médica a su em...

NOMBRE Y FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA			
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
1	1	02	05	2012	02	05	2012
2	2	03	07	2012	03	07	2012
3	3	04	09	2012	04	09	2012
4	4	05	11	2012	05	11	2012

ante el Servicio de Salud e 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)