

DECRETO ALCALDICIO - N°

003358

Casablanca,

12 NOV. 2012

VISTO : 1.-

La Licencia Médica N° 2-34830386 otorgada por el médico Jorge Erazo Muñoz, presentada por **MARCO BARRERA VEGA**, Auxiliar de la Posta Rural de Los Maitenes, Categoría F, grado 07 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 Don **MARCO BARRERA VEGA**, Auxiliar de la Posta Rural de Los Maitenes, Categoría F, grado 07 de la Dirección de Salud e Higiene Ambiental, Licencia Médica de 5 días, a contar del 12 al 16 de Noviembre del 2012.

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
SMC/SAA.



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

SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

FECHA EMISION LICENCIAFECHA INICIO
DE REPOSO

1	2	1	1	1	2
---	---	---	---	---	---

JD

M 6 F

 SEXO

05[illegible]Nº DE DIASNº 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).

[illegible]

--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO
--------------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------	--	-----------------------------

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		DIA MES AÑO
---	---	--

	HORA MINUTOS	TRAYECTO	1	1 = SI 2 = NO	2	1 = SI 2 = NO
---	--	-----------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------

FECHA DE LA CONCEPCION		MESES AÑO
-------------------------------	---	---------------------------------------

A.4. CARACTERÍSTICAS 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 Las Brisas
3/A - Casablanca

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 1 / 1

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: RAZO APELLIDO MATERNO: MUÑOZ NOMBRES: JORGE FIRMA DEL TRABAJADOR: Med. En
 ESPECIALIDAD: 1 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRON
 RUN: 3974117-2 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 12.026-U CORREO ELECTRONICO:
 TELEFONO: 2740428 DIRECCION: A. Galarza 311- Parabolina

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIPO DE EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

ON = 2
IS = 1

Los tres días hábiles siguientes de reemplazando el documento.