

OTORGA REPOSO MEDICO AL FUNCIONARIO MUNICIPAL DON (A) ANA MARIA BARRA HUERTA

DECRETO ALCALDICIO N° 001002

Casablanca, 05 MAR 2013

VISTOS:

- 1.- El D.F.L. N° 1 del 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 2.- Lo dispuesto en el Art. 110 de la Ley 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- Las facultades que en mi calidad de Alcalde me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 4.- La licencia Medica presentada medica presentada por la funcionaria municipal de planta: **ANA BARRA HUERTA**, Cedula de Identidad N° 07.638.339 - 1, Técnico, Grado 11°, por 07 días, a contar del 05 al 11 de Marzo del año 2013

DECRETO:

- I.- Autorizase y dese curso a la Licencia Medica presentada por la funcionaria municipal de planta: **ANA BARRA HUERTA**, Cedula de Identidad N° 07.638.339 - 1, Técnico, Grado 11°, por 07 días, a contar del 05 al 11 de Marzo del año 2013.-
- II.- En su ausencia será reemplazada por la funcionaria municipal de planta: **DAISY YAÑEZ DIAZ**, Administrativo, Grado 12°
- III.- **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
I. Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
I. Municipalidad de Casablanca

SAA cf

2247

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- 33796703



SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---|
| APELLIDO PATERNO BARBARA | | | | APELLIDO MATERNO HUERTA | | | | NOMBRES ANA MARIA | | | | RUN 7638339 | | | | 1 |
| FECHA EMISION LICENCIA 050310 | | | | FECHA INICIO DE REPOSO 050313 | | | | EDAD 57 | | | | SEXO F | | | | |
| N° DE DIAS 07 | | | | N° DE DIAS EN PALABRAS SIETE DIAS | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | | | | 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

HORA, MINUTOS, 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 OTRO (3):

DIRECCION; CALLE; N°; DEPTO; COMUNA: Lafit 342, Ciudad Nueva

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): 2442459

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|---------------------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO ALVAREZ | | | | APELLIDO MATERNO GALLARDO | | | | NOMBRES TALIA | | | | ESPECIALIDAD Med. Gen. | | | | 1 = MEDICO, 2 = DENTISTA, 3 = PATRONA | |
| RUN 2665693 | | | | REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 3983-1 | | | | CORREO ELECTRONICO | | | | | | | | | |
| TELEFONO 9941312 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-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.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 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 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.