

Casablanca

Municipalidad

con su gente

DECRETO ALCALDICIO N° 007286

Casablanca,

05 OCT 2018

VISTOS:

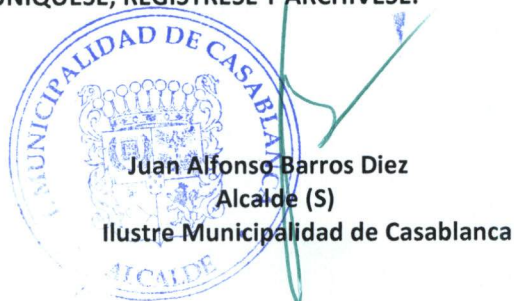
- 1.- La Licencia Medica Electrónica Folio N° 3 – 023034650 - K presentada por el Alcalde Don: **RODRIGO PAULO MARTINEZ ROCA**, Rut N° 09.901.641 - 8, grado 06, mediante el cual se concede reposo medico de 21 días, a contar del 06 al 26 de Octubre del 2018.-
- 2.- Ley N° 18.883 del Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.-
- 3.- Las facultades que en mi calidad de Alcalde me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.-



DECRETO:

- I.- Concédase Permiso por Licencia Medica Electrónica Folio N° 3 – 023034650 - K - al Alcalde de Casablanca Don: **RODRIGO PAULO MARTINEZ ROCA**, Cedula de Identidad N° 09.901.641 - 8, Grado 06°, mediante el cual se concede reposo medico, por 21 días a contar del 06 al 26 de Octubre del 2018.-
- II.- Durante su ausencia será subrogado en sus funciones por Don **JUAN ALFONSO BARROS DIEZ**, Cedula de Identidad N° 09.159.228 - 2, Directivo, Grado 7°.-
- III.- ANOTESE, COMUNIQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVESE.


Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Ilustre Municipalidad de Casablanca


Juan Alfonso Barros Diez
Alcalde (S)
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Alcaldía
R. Humanos
DCS



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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 023034650-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

MARTINEZ	ROCA	RODRIGO PAUL	9901641 - 8
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
03102018	06102018	53	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
21	VEINTIUNO		
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 natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

1	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO		
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	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	CALLE NAVIDAD 1518, Casablanca
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	09-93318296

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

HOWARD	GAVILÁN	MICHAEL WILL	7774883 - 0
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
18.451-9		CIRUGÍA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	1 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	
2-22101111/	VITACURA 5951, Vitacura		
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		

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.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

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 023034650-K

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RAZON SOCIAL EMPLEADOR																			
RUN					TELEFONO					FECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)									
DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR																			
COMUNA					CÓDIGO COMUNAL USO COMPIN														

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

- ☐ 0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
☐ 1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
☐ 2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
☐ 3 = CONSTRUCCION.
☐ 4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
☐ 5 = COMERCIO.
☐ 6 = TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES.
☐ 7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS.
☐ 8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES.
☐ 9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

OCUPACION

- ☐ 11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO.
☐ 12 = PROFESOR.
☐ 13 = OTRO PROFESIONAL.
☐ 14 = TECNICO.
☐ 15 = VENDEDOR.
☐ 16 = ADMINISTRATIVO.
☐ 17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL.
☐ 18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR.
☐ 19 = OTRO (ESPECIFICAR).

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

☐ 1= D.L. 3501 INP.
☐ 2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO LETRA (CAJA PREV)

NOMBRE INT. PREV.

CALIDAD DEL TRABAJADOR

- ☐ 1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
☐ 2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834.
☐ 3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO.
☐ 4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC ☐ 1 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida ☐ 1 = SI
2 = NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7	SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6
☐ A = SERVICIO DE SALUD ☐ B = ISAPRE ☐ C = C.C.A.E. ☐ D = EMPLEADOR	☐ E = SERVICIO DE SALUD ☐ F = MUTUAL ☐ G = INP ☐ H = EMPLEADOR
NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	

Este formulario es válido según lo establecido en la Resolución 608 de fecha 10/10/2006 del Ministerio de Salud.
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o visite el sitio web <http://www.licencia.cl/>



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. N° 3/1984



N° 3 023034650-K

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1- 3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

% DESAHUCIO

Remuneración imponible
previsional mes anterior inicio
licencia médica (tope 109.8
UF) para trabajador afiliado a
AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	N° DÍAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)	MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

La información debe
corresponder a los 3 meses
anteriores al séptimo u
octavo mes que precede al
inicio de la licencia médica,
según se trate de trabajador
dependiente o independiente,
respectivamente.

Las remuneraciones
informadas deben
corresponder a los días
efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

☐ 1 = SI
☐ 2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia
médica ante el Servicio de Salud o Isapre
correspondiente, dentro de los tres días hábiles de
repcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



N° 3 023034650-K

Sucursal : CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO - CLINICA ALEMANA
Fecha Otorgamiento : 03-10-2018 12:21 hrs.
Entidad que se pronuncia : COLMENA
Empleador : I.MUNICIPALIDAD DE CASABLANCA

ESTA LICENCIA IMPRESA DEBE SER PRESENTADA AL EMPLEADOR

1. Datos Profesional

Profesional : Howard Gavilán, Michael William
Rut : 7774883-0
Especialidad : CIRUGÍA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR
Dirección : VITACURA 5951, Vitacura - Tel: 2-22101111

2. Datos Trabajador

Nombre : MARTINEZ ROCA, RODRIGO PAULO
Rut : 9901641-8
Edad : 53
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 06-10-2018 Lugar : Domicilio
N° Días : 21 Dirección : CALLE NAVIDAD 1518, Casablanca
Fecha término : 26-10-2018 Teléfono : 09-93318296
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

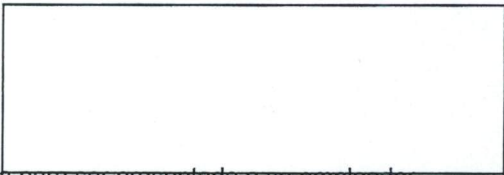
Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 03-10-2018 12:21 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69061400-6
Fecha de Recepción :
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.



Exija junto a este comprobante, una copia impresa de su licencia para ser presentada a su empleador.
Indícale a tu empleador que se adscriba para que pueda tramitar las próximas licencias en forma totalmente electrónica, este servicio es sin costo.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl con el siguiente código de verificación: 5b06f5
Centro de Atención a Usuario I-med al teléfono 02-7149500 o al correo cau@i-med.cl

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.