

DECRETO ALCALDICIO N° 007041

CASABLANCA, 30 SEP 2019



1.- La licencia médica Folio N° 1-39153967 presentada por el funcionario municipal dependiente del Departamento de Educación Municipal, don(a) **JESSICA LOPEZ VARGAS**, RUT 12.450.013-3 mediante la cual se le concede reposo médico de 25 días a contar del 22/09/2019 hasta 16/10/2019;

2.- El DFL N° 1/96 de educación (Estatuto Docente)

3.- La Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades;

4.- El Decreto Alcaldicio N° 6495 de 06 de diciembre de 2016, en cuya virtud asume el cargo de Alcalde de la I. Municipalidad de Casablanca;



1.- Remite para su Registro la licencia médica de don(a) **JESSICA LOPEZ VARGAS**, cédula de identidad 12.450.013-3 Docente del establecimiento educacional Humberto Moath de la I. Municipalidad de Casablanca del mes de Septiembre de 2019 por el cual se concede permiso médico por 25 días

REGÍSTRESE, ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Leonel Bustamante González
Secretario Municipal
Ilustre Municipalidad de Casablanca



Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
Ilustre Municipalidad de Casablanca

Distribución:

Contraloría V Región
Alcaldía
Habilitada
Interesado
SIAPER
Archivo Jurídico DAEM
RMR.SVR.LBG.rvv



Licencia Médica

Nº 1 - 39153967

La COMPIN, la Subcomisión, 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.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **LOPEZ** APELLIDO MATERNO: **VARGAS** NOMBRES: **JESSICA** RUN: **12470913-3**
 FECHA EMISION LICENCIA: **24** FECHA INICIO DE REPOSO: **220915** NOMBRES: **161073** EDAD: **46** SEXO: **F**
 N° DE DIAS: **25** N° DE DIAS EN PALABRAS: **VEINTICINCO DIAS**

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño 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 NIÑO 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: _____
 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): **desembelle**

DIRECCION DE REPOSO: **PSH3**
 CALLE: **80** N°: _____ DPTO: _____
 VILLA O POBLACION: **MOENUNDES**
 COMUNA: **CASABLANCA - UTMPO**
 TELEFONO: _____ CELULAR: **968376988**
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

[Firma]
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: **SANTAMARIA** APELLIDO MATERNO: **TORRES** NOMBRES: **RESCISAB** ESPECIALIDAD: **Psiquiatra**
 RUN: **8345735-4** REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **13943-2**
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **SUBIDA DE CARUNCO** N°: **200**
 CALLE: **Vde Pajarito** CORREO ELECTRONICO: _____
 COM: _____ FIRMA DEL PROFESIONAL: *[Firma]*

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

I. MUNICIPALIDAD DE CASABLANCA
 OFICINA DE PARTES
 DEPARTAMENTO DE EDUCACION
25 SEP 2019

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

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