

**DECRETO ALCALDICIO No. 704.-**

LITUECHE, 16 de Abril de 2013

**VISTOS:**

La Resolución N° 1.600 del 30 de octubre de 2008 de la Contraloría General de La república, que fija normas sobre exención del trámite toma razón. El Decreto Alcaldicio No. 2621, de fecha 06 de diciembre de 2012, que designa Alcalde Titular. Lo consagrado en el artículo 111°, de la Ley No. 18.883, "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales". Las facultades que me confiere la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido, fue fijado por el D.F.L 1/19704, del Ministerio del Interior, publicado en el Diario Oficial el día 03 de mayo del 2002 y sus posteriores Modificaciones.

**CONSIDERANDO:**

- La Licencia Médica presentada por el funcionario municipal, don Edmundo Leiva Gómez, autorizada por el doctor Juan Díaz Menares, que se adjunta.
- El Decreto Alcaldicio N°1. 496 de fecha 10 de julio de 2012, que delega funciones.

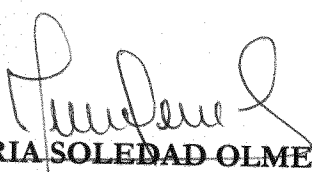
**DECRETO :**

- 1.- Autorízase el uso de **Licencia Medica**, al funcionario municipal que se individualiza:

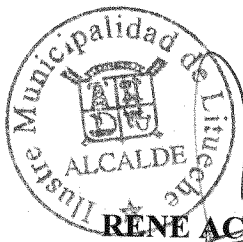
|                           |                     |                       |                      |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Nombre Funcionario</b> | Edmundo Leiva Gómez | <b>N° Licencia</b>    | <b>N° 2-40538861</b> |
| <b>C. Identidad</b>       | 5.912.407-2         | <b>Desde</b>          | 12.04.2013           |
| <b>Cargo</b>              | Auxiliar            | <b>Hasta</b>          | 11.05.2013           |
| <b>Grado</b>              | 16°                 | <b>Número de días</b> | 30 días              |

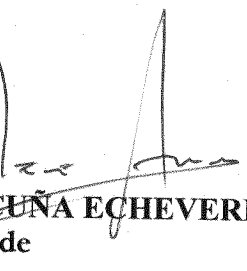
- 2.-Remítase copia del presente Decreto a la Unidad de Personal para su conocimiento y posterior archivo en la carpeta del funcionario individualizado.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

  
**MARIA SOLEDAD OLMEDO**  
Secretario Municipal

**RAE/MSOP/pyr**



  
**RENE ACUÑA ECHEVERRIA**  
Alcalde

## 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**

**SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**  
**A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

N°2- 40538861

DECLARACION DEL TRABAJADOR

|                        |  |  |  |                        |  |  |  |             |  |  |  |         |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|---------|--|--|--|
| LEIVA                  |  |  |  | GOMEZ                  |  |  |  | EDUARDO     |  |  |  |         |  |  |  |
| APELLIDO PATERNO       |  |  |  | APELLIDO MATERNO       |  |  |  | NOMBRES     |  |  |  |         |  |  |  |
| 120413                 |  |  |  | 120413                 |  |  |  | 65          |  |  |  | 5812408 |  |  |  |
| FECHA EMISION LICENCIA |  |  |  | FECHA INICIO DE REPOSO |  |  |  | DIA MES AÑO |  |  |  | EDAD    |  |  |  |
| 30                     |  |  |  |                        |  |  |  |             |  |  |  | M F     |  |  |  |
| N° DE DIAS             |  |  |  | N° DE DIAS EN PALABRAS |  |  |  | SEXO        |  |  |  |         |  |  |  |
|                        |  |  |  | veinte y tres          |  |  |  |             |  |  |  |         |  |  |  |

**A.2. IDENTIFICACIÓN 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]

### A.3. TIPO DE LICENCIA

|                                                                                                                                                                                                                  |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div> | 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 | <input type="checkbox"/> | 1 = SI | INICIO TRAMITE | <input type="checkbox"/> | 1 = SI |
| ABORAL          |                          | 2 = NO | DE INVALIDEZ   |                          | 2 = NO |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
|                                                | DIA      MES      AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |  |  |  |                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |                  |  |  |  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |  |  |  |                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |  |  |  |                                                                                                                                               |  |
| HORA      MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAYECTO         |  |  |  |                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 = SI<br>2 = NO |  |  |  |                                                                                                                                               |  |

---

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| FECHA DE LA CONCEPCION | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|                        | 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 3 1 = SU DOMICILIO  
2 = HOSPITAL  
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) *muertos por*

DIRECCION : CALLE, N°; DEPTO.; COMUNA *360 NARDO*  
*04661N S 924 L TUECHE*

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO ) : *8350 7876*

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

D I A Z M E N A N C S J V A N M E R I  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES  
 7 7 0 0 5 1 1 - 0 20 P 25-2  
 RUN

FIRMA DEL TRABAJADOR

P. H. DIAZ

ESPECIALIDAD

1

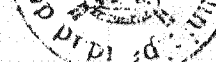
1 = MEDICO  
2 = DENTISTA  
3 = MATRONA

JUAN H. DIAZ MENA

MEDICO

CORREO ELECTRONICO

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


 NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

[illegible]

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

ON = 2

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.

Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE :