

DECRETO ALCALDICIO No.441

LITUECHE, 15 de Marzo de 2013.

CONSIDERANDO:

- La Licencia Médica presentada por la funcionaria municipal, doña Carmen Gloria Olguín Palma, autorizada por el doctor Felipe León Carmona, que se adjunta.

VISTOS:

- El Decreto Alcaldicio No. 2.621, de fecha 06 de diciembre de 2012. 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.

DECRETO:

- 1.- **Autorízase** el uso de **Licencia Médica**, a la funcionaria municipal que se individualiza:

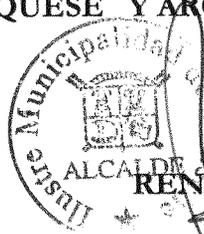
| | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|
| Nombre Funcionario | Carmen Gloria Olguín Palma | Nº Licencia | Nº 1-31279846 |
| C. Identidad | 14.050.141-7 | Desde | 13 de Marzo 2013 |
| Cargo - Grado | Subrogante grado 11° E.M | Hasta | 16 de Marzo 2013 |
| Número de días | 04 días | | |

- 2.- Remítase copia del presente Decreto a la unidad de Personal para su conocimiento y posterior archivo en la carpeta de la funcionaria individualizada.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Secretaría Municipal



RENE ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE FINANZAS

ORD. : N° 0 4 3 9

ANT. : Licencia Médica.

MAT. : Remite Licencia Médica

LITUECHE, 15 de Marzo del 2013

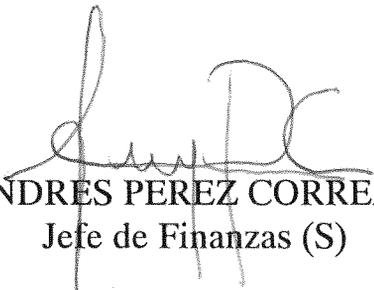
DE: JEFE DE FINANZAS (S) I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

A : SRTA. DIRECTORA HOSPITAL DE LITUECHE

El suscrito por medio del presente se permite remitir a Ud. Licencia Médica N° 1 - 31279846, de don **Carmen Gloria Olguín Palma**, RUT N° 14.050.141-7, funcionario de este Municipio, para solicitar su correspondiente cancelación.

Saluda Atentamente a Ud.,




ANDRÉS PEREZ CORREA
Jefe de Finanzas (S)

RAE/MLH/APC/lcd

DISTRIBUCIÓN:

- Srta. Directora Hospital de Litueche.
- Archivo Carpeta Funcionario
- Archivo Depto. de Finanzas.
- Archivo Oficina de Partes.

Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

En la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; otorgar o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

N° 1 - 31279846

USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO ALFONSO | | | | APELLIDO MATERNO CARMONA | | | | NOMBRES CARLOS | | | | RUN 140501417 | | | |
| FECHA EMISION LICENCIA 130313 | | | | FECHA INICIO DE REPOSO 130313 | | | | EDAD 37 | | | | SEXO F | | | |
| N° DE DIAS 04 | | | | N° DE DIAS EN PALABRAS Cuatro | | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | 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

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 P. POLETA 870
LA TRINIDAD

TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO): _____

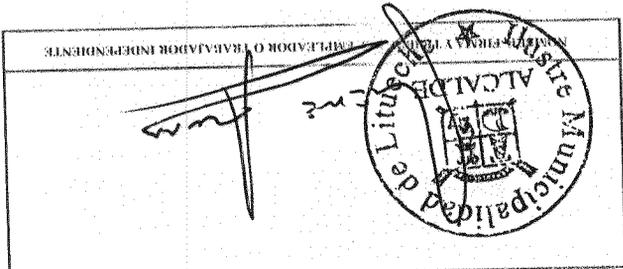
A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO: CELANO APELLIDO MATERNO: CARMONA NOMBRES: FELIPE ESPECIALIDAD: 1 = MEDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA

RUN: 111174570 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 27800-1 CORREO ELECTRONICO: _____

337066 Ind. Home Dr. FELIPE LEÓN CARMONA

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES



| | | | | | |
|------------|-----|-------|-----|-------|-----|
| TOTAL DIAS | | DESDE | | HASTA | |
| ANO | MES | ANO | MES | ANO | MES |
| | | | | | |

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica... (Información obligatoria del empleador o trabajador independiente) C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

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