



DECRETO ALCALDICIO No. 2.564.-

LITUECHE, 19 de Noviembre de 2014.

CONSIDERANDO:

- La Licencia Médica presentada por el funcionario municipal, doña Lorena González Bobadilla, 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.

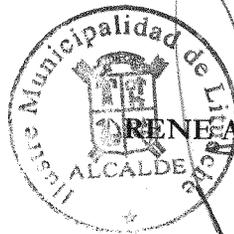
DECRETO:

- 1.- Autorízase el uso de Licencia Médica, al funcionario municipal que se individualiza:
 - Lorena González Bobadilla, Contrata Administrativa 14° E. M. 15 días. Desde el miércoles 19 de noviembre del 2014 y hasta el miércoles 03 de Diciembre de 2014, ambas fechas inclusive.
- 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 Pizarro
MARIA SOLEDAD OLMEDO PIZARRO
Municipal
Secretaria Municipal



René Acuna Echeverría
RENE ACUNA ECHEVERRÍA
Alcalde

RAE/MSOP/EGV/lcd

Distribución

- Secretaría Municipal
- Carpeta Interesado
- Archivo

Licencia Médica

Nº1-33875625

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: COVARRUBIA
 APELLIDO MATERNO: LOPEZ
 NOMBRES: BERNARDITA
 FECHA EMISION LICENCIA: 18/11/14
 FECHA INICIO DE REPOSO: 18/11/14
 DIA: 18 MES: 11 AÑO: 14
 Nº DE DIAS: 15
 Nº DE DIAS EN PALABRAS: quince

RUN: 14543201
 FECHA DE NACIMIENTO: 22/09/74
 EDAD: 40
 SEXO: F

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: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 NOMBRES: _____

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 1= SI 2= NO
 INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: 2 1= SI 2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

HORA: _____ MINUTOS: _____
 TRAYECTO: 1 1= SI 2= NO

FECHA DE LA CONCEPCION: _____
 MES: _____ AÑO: _____

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

- 1= REPOSO LABORAL TOTAL
- 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

LUGAR DE REPOSO: 1 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____
 DIRECCION DE REPOSO: Huancabamba
 CALLE: 451
 Nº: _____ DPTO: _____

VILLA O POBLACION: Urcubamba
 COMUNA: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

APELLIDO PATERNO: LEON
 APELLIDO MATERNO: CARMONA
 NOMBRES: FELIPE
 RUN: 112245764
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 27900-1

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma]

ESPECIALIDAD: M. G
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: Carmena
 Nº: 728
 COMUNA: UT

CORREO ELECTRONICO

Dr. FELIPE LEÓN CARMONA
 Médico Cirujano
 FIRMA DEL PROFESIONAL
 15.524.576-K

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE: _____
 FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: [Firma]
 LOCALIDAD: Litueche
 Nº: _____
 1= SI 2= NO

TOTAL DIAS	DESDE	HASTA
42 días	13/05/2014	23/06/2014
84 días	04/06/2014	26/08/2014
Gras post 27	08/08/2014	18/11/2014

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

trabajados. etectivamente

