



Ilustre Municipalidad
de Buin

Recursos Humanos

BUIN, 1^o JUN. 2021

DECRETO ALC N° 1305 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 62 letras i) y j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones, el párrafo 5° Art. 110° de la Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales.

CONSIDERANDO:

1.- El Decreto ALC. N° 2773 de fecha 23 de Octubre de 2018, en donde el señor Alcalde delega atribuciones y facultades alcaldicias en el Administrador Municipal, don Juan Rodrigo Astudillo Araya, en el sentido de Dictar resoluciones relativas a personal municipal.

2.- Licencia Médica presentada por el funcionario don Guillermo Ibacache Gómez - Director de Obras, de la cual se adjunta copia.

DECRETO

1.- Decrétese Licencia Médica del funcionario don **GUILLERMO IBACACHE GÓMEZ**, RUT , Director de Obras Municipales, a contar del **09 de Junio hasta el 15 de Junio de 2021**, ambas fechas inclusive.

2.- Nombrase como Director de Obras Municipales Subrogante, a don **OSCAR CONTRERAS GUTIERREZ**, Arquitecto - Director de SECPLA, a contar del día **09 de Junio hasta el 15 de Junio de 2021**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/VFG/ams

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- DOM - SECPLA
- Recursos Humanos



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del Sr. Alcalde.

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 054340237-0

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

I	B	A	C	A	C	H	E	G	Ó	M	E	Z	G	U	I	L	L	E	R	M	O	A	L	1	3	8	7	2	5	7	2	3
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO					NOMBRES						RUN														
1	5	0	6	2	0	2	1	0	9	0	6	2	0	2	1	4	1	M														
FECHA OTORGAMIENTO							FECHA INICIO REPOSO					EDAD		SEXO																		
0	7	S I E T E																														
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS																														

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

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

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold;">1</div>	1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUNA 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	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold;">1</div> 1 = SI 2 = NO </div> <div style="text-align: center;"> INICIO TRAMITE INVALIDEZ </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold;">2</div> 1 = SI 2 = NO </div> </div>
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 5px;"> DIA MES AÑO </div>
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> HORA MINUTOS </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 10px;"> TRAYECTO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> 1 = SI 2 = NO </div> </div>
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 5px;"> MES AÑO </div>

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 1 = SU DOMICILIO
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA CAMINO PADRE HURTADO 5758

PARCELA 100-A, Buin _____

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-41990925

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

B	U	R	G	O	S					S	A	L	A	S					M	A	R	I	A	V	E	R	O	N	I		9	4	3	4	7	5	2		-	1
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										
Número colegio médico										CORREO ELECTRÓNICO										MEDICINA FAMILIAR										<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 5px;"> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRÓN </div>										
REG. COLEGIO PROFESIONAL																				ESPECIALIDAD																				
09-97428440/										Errazuriz n, Buin										Documento firmado electrónicamente																				
TELÉFONO/FAX										DIRECCIÓN										FIRMA PROFESIONAL																				

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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 periodo 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.