



Ilustre Municipalidad
de Buin

Recursos Humanos

67780

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/> 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4 = ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO			
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 = SI <input type="checkbox"/> 1 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO		
HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	
SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA <u>CAMINO PADRE HURTADO 5758</u>	
PARCELA 100-A, Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-41990925</u>	

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				<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA				
REG. COLEGIO PROFESIONAL				DIRECCIÓN				ESPECIALIDAD				<i>Documento firmado electrónicamente</i>				
09-97428440/				Errazuriz n, Buin								FIRMA PROFESIONAL				
TELÉFONO/FAX																

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 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.