



Recursos Humanos

BUIN, 07 DIC 2021

DECRETO ALC. N° 2999 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letras i) y j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones; lo dispuesto en el Párrafo 3° "de las destinaciones, comisiones de servicio y cometidos funcionarios", Arts. 70°, 72 y 75° 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.- El Decreto ALC. N° 2061 del 06 de septiembre de 2021, Que nombra al funcionario don Diego Morales Requena - Arquitecto, como Suplente en el Grado 8° - Profesionales en SECPLA.

3.- La Licencia Médica presentada por el funcionario don Oscar Contreras Gutiérrez, Arquitecto - Director de la Secretaria Comunal de Planificación - SECPLA, por los días 06 y 07 de Diciembre de 2021.

DECRETO

Decrétese el nombramiento como Director de SECPLA Subrogante, al funcionario don **DIEGO MORALES REQUENA**, Arquitecto, Suplente en el Grado 8° - Profesionales, por los días **06 y 07 de Diciembre de 2021**, 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
- SECPLA
- Recursos Humanos



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.



N° 3 062699594-2

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

C O N T R E R A S										G U T I É R R E Z										O S C A R I G N A C I										1 5 9 3 3 1 0 8										-		3	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN													
0 6 1 2 2 0 2 1										0 6 1 2 2 0 2 1										3 5										M													
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD										SEXO													
0 2										D O S																																	
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)

[illegible]

A.3 TIPO LICENCIA

1

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
 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 **1** 1 = SI
 2 = NO

INICIO TRAMITE **2** 1 = SI
 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE
 TRABAJO O DEL TRAYECTO

--	--	--	--	--	--

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO ☐ 1 = SI
 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

--	--	--	--	--	--

MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS 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) _____

DIRECCIÓN CALLE.Nº DEPTO.COMUNA JUAN DONOSO SANCHEZ 1490
Buín

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-42168682

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

P	I	Z	A	R	R	O	M	A	U	R	E	P	A	R	I	N	A	1	6	3	6	5	6	2	3	-	K	
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO					NOMBRES						RUN										
37096-7																		GENÉTICA CLÍNICA						1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA			
REG. COLEGIO PROFESIONAL							CORREO ELECTRÓNICO					ESPECIALIDAD											Documento firmado electrónicamente					
8-8446284/							Gran Avenida 3300, San Miguel											FIRMA PROFESIONAL										
TELÉFONO/FAX							DIRECCIÓN																					

Documento firmado electrónicamente

FIRMA PROFESSIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: **Deberá** presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.



Licencia Médica

Otorgada para cotizante ISAPRE

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 062699594-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO CONTRERAS	APELLIDO MATERNO GUTIERREZ	NOMBRES OSCAR IGNACIO	RUN 15933108 - 3
FECHA OTORGAMIENTO 06122021	FECHA INICIO REPOSO 06122021	EDAD 35	SEXO M
N° DE DÍAS 02	N° DE DÍAS EN PALABRAS DOS	Documento firmado electrónicamente FIRMA TRABAJADOR	

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Solo 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 15.867))

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	1
RECUPERABILIDAD LABORAL: 1 = SI, 2 = NO INICIO TRAMITE INVALIDEZ: 2 = SI, 2 = NO	2
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	
HORA MINUTOS	
TRAYECTO: 1 = SI, 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4 CARACTERÍSTICAS 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	1
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):	
DIRECCION CALLE N° DEPTO COMUNA	JUAN DONOSO SANCHEZ 1490
Bu:	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO):	09-42168682

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO PIZARRRO	APELLIDO MATERNO MAURE	NOMBRES PARINA	RUN 16365623 - K
REG. COLEGIO PROFESIONAL 37096-7	CORREO ELECTRONICO	ESPECIALIDAD GENÉTICA CLINICA	1 = MÉDICO, 2 = DENTISTA, 3 = MATRONA
TELÉFONO/FAX 8-8446284/	DIRECCION Gran Avenida 3300, San Miguel	Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL	

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.