



BUIN, Región Metropolitana
Recursos Humanos

691689

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 3º "de las destinaciones, comisiones de servicio y cometidos funcionarios", Arts. 70º, 72 y 75º 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 8º - Profesionales en SECPLA.

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

D E C R E T O

Decrétese el nombramiento como Director de SECPLA Subrogante, al funcionario don **DIEGO MORALES REQUENA**, Arquitecto, Suplente en el Grado 8º - 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.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/VFG/ams.



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- SECPLA
- Recursos Humanos



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 062699594-2

**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
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO 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	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

Documento firmado electrónicamente

FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <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	<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI			
LABORAL	<input type="checkbox"/> 2 = NO	INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DIA	MES	AÑO			
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI		
				<input type="checkbox"/> 2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MES		
				AÑO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1 = REPOSO LABORAL TOTAL
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 type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE, N.º DEPTO, COMUNA	
JUAN DONOSO SANCHEZ 1490	
Buin	
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
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
37096-7		GENÉTICA CLÍNICA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	ESPECIALIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
8-8446284/	Gran Avenida 3300, San Miguel		<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
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.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 062699594-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

CONTRERAS	GUTIÉRREZ	OSCAR IGNACI	15933108 - 3
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
06122021	06122021	35	M
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
02	DOS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	
Nº DE DIAS			

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 18.667))

APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
FECHA NACIMIENTO			

A.3 TIPO LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <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	1 = SI 2 = NO		
LABORAL	INICIO TRAMITE	1 = SI 2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE	DIA	MES	ANIO
TRABAJO O DEL TRAYECTO			
HORA MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	MES		
	ANIO		

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA REPOSO PARCIAL <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> A = MAÑANA <input type="checkbox"/> B = TARDE <input type="checkbox"/> C = NOCHE </div>
LUGAR DE REPOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (2): _____	
DIRECCION CALLE Nº DEPTO COMUNA	
JUAN DONOSO SANCHEZ 1490.	
Bueno _____	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-42168682	

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

PIZARRO	MAURE	PARINA	16365623 - K
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
37096-7	CORREO ELECTRÓNICO	GENÉTICA CLINICA	ESPECIALIDAD
REG COLEGIO PROFESIONAL	Gran Avenida 3300, San Miguel	<i>Documento firmado electrónicamente</i>	
8-8446284/	DIRECCION	FIRMA PROFESIONAL	
TELÉFONO/FAX			

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.