



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 19 ENE 2022

DECRETO ALC. N° 160 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) 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° 138 del 17 de Enero de 2022, se decreta **Feriado Legal del señor Alcalde**, don Miguel Araya Lobos, **desde el 17 de Enero Al 28 de Enero de 2022**, ambas fechas inclusive; Y nombra a don Juan Astudillo Araya – Administrador Municipal, como Alcalde Subrogante, con todas las atribuciones inherentes al cargo.

2.- El Decreto ALC. N° 139 del 17 de Enero de 2022, Autoriza Feriado Legal de don Gerónimo Martini Gormaz – Secretario Municipal, a contar del **17 de Enero AL 21 de Enero de 2022**, ambas fechas inclusive; y nombra a don Fernando Espina Pino – Abogado, como Secretario Municipal Subrogante, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio a sus actuales funciones.

3.- La Licencia Médica presentada por el funcionario don Jonathan Fernández Figueroa, Director de Desarrollo Comunitario, por el día 19 de Enero de 2022.

4.- La resolución del Alcalde (S), que instruye el nombramiento de doña Carolina Reyes Garin, como Directora Subrogante.

DECRETO

Decrétese el nombramiento como Directora de Desarrollo Comunitario Subrogante, a la funcionaria doña **CAROLINA REYES GARIN**, Cédula Nacional de Identidad N° , Profesional, por el día **19 de Enero de 2022**, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

FERNANDO ESPINA PINO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

JAA/FEP/VVS/CVA/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- DIDECO
- Recursos Humanos

JUAN ASTUDILLO ARAYA
ALCALDE (S)

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



N° 3 064592008-2

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FERNANDEZ										FIGUEROA										JONATHAN PAT										12452680										- 4	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
19012022										19012022										48		M																			
FECHA OTORGAMIENTO										FECHA INICIO REPOSO										EDAD		SEXO																			
01		UNO																																							
Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS																																							

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

A.2 IDENTIFICACION 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

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	<input type="checkbox"/> 1	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = 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"/>
	DÍA		MES		AÑO	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO
HORA MINUTOS				

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

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;N°;DEPTO;COMUNA ARTURO PRAT 856,

Buñ

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-41649429

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R I V E R O	A P E L L I D O	A R M I J O	A P E L L I D O	J O N A T H A N A L E	N O M B R E S	1 4 1 6 8 9 4 8 - 7	R U N
24500-3				CIRUGÍA GENERAL		1	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD			
09-82341021/ TELÉFONO/FAX		Maipú 251, Buin DIRECCIÓN		Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL			

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.