



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

202299

BUIN,
02 FEB 2022

DECRETO ALC. N° 294 / 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.- Que por Decreto ALC. N° 293 de fecha 02 de Febrero de 2022, el Sr. Alcalde delega en la Administradora Municipal Subrogante Sra. **Nancy Viviana Vargas Sandoval**, atribuciones y facultades Alcaldicias, desde el 02 de Febrero hasta el 11 de Febrero de 2022, ambas fechas inclusive.

2.- La Licencia Médica presentada por la funcionaria doña Viviana Vásquez González, Directora de Tránsito, por 09 días a contar del 02 de Febrero de 2022.

3.- Que resulta necesario nombrar Director de Tránsito Subrogante, por los días que la Titular haga uso de Licencia Médica.

DEC R E T O

Decrétese el Nombramiento como Director de Transito Subrogante al funcionario don **ROMAN ORELLANA ORELLANA**, RUT N° Profesional, a contar del **02 AL 10 de Febrero de 2022**, 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

VVS/GMG/FMC/VFG/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Direc. Tránsito
- Recursos Humanos



VIVIANA VARGAS-SANDOVAL
ADMINISTRADORA MUNICIPAL (S)
Por Orden del señor Alcalde.

Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 065393808-K

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VASQUEZ	GONZALEZ	VIVIANA PAME	11638525	- 2
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		NOMBRES
02022022		02022022		51
FECHA OTORGAMIENTO		FECHA INICIO REPOSO		F
09		NUEVE		EDAD
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS		SEXO

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	<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"/>	DIA	MES	AÑO
TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI			
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/>	<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
<input type="checkbox"/> 2	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	
1 = SU DOMICILIO	
2 = HOSPITAL	
3 = OTRO DOMICILIO	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA LUIS EUGENIO RIQUELME PINO	
355, Buin	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-68472665	

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

VERDI	MANDIOLLA	STEFANO	16368169	- 2
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		NOMBRES
REG. COLEGIO PROFESIONAL 35130K		CORREO ELECTRÓNICO		MEDICINA GENERAL
02-2184416/		Arturo Prat 607 , Buin		ESPECIALIDAD
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN		<u>Documento firmado electrónicamente</u>
				FIRMA PROFESIONAL

- 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

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.