



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

BUIN, 23 MAR 2022

**DECRETO ALC. N° 823** / 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.- La Licencia Médica presentada por la funcionaria doña Camila Piantini Lillo, Directora de Jurídica, por el día 22 de Marzo de 2022.

3.- Que resulta necesario nombrar a don Sebastián Miranda Jara, como Director de Jurídico Subrogante.

**D E C R E T O**

Nombrase como Director de Jurídica Subrogante, al funcionario municipal don **SEBASTIAN MIRANDA JARA**, Abogado, Suplente en el Grado 10º-Profesionales, por el día **22 de Marzo de 2022**, 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/APP/IVR/ams.

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- JURIDICA
- Recursos Humanos



**JUAN ASTUDILLO ARAYA**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
**Por Orden del señor Alcalde.**



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**

Nº 3 067979340-3

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

PIANTINI  LILLO  CAMILA  RFAE  16606164 - 4  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
22032022  22032022  34  F  
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO  
01  UNO  N.º DE DIAS EN PALABRAS  
N.º 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 18.867)

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 <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO
<input type="text"/> HORA MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> MES <input type="text"/> 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 type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE; N.º; DEPTO; COMUNA <u>SIMON BOLIVAR 3095,</u> DEPTO. CASA E, Ñuñoa
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-71988913</u>

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

LAM  JIMENEZ  CAROLIA  VERON  16125623 - 4  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
35617  MEDICINA GENERAL  
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD  
09-73827170/  SANTA MARIA 500, Providencia *Documento firmado electrónicamente*  
TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN 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.