



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

**BUIN,** 23 MAR 2022

**DECRETO ALC. Nº 823** / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letras i) y j) de la Ley Nº 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 Nº 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.

**CONSIDERANDO:**

1.- El Decreto ALC. Nº 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.

**DECRETO**

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**



N° 3 067979340-3

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

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

P I A N T I N I	L I L L O	C A M I L A R A F A E	1 6 6 0 6 1 6 4 - 4
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
2 2 0 3 2 0 2 2	2 2 0 3 2 0 2 2	3 4	F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
0 1	U N O		
Nº DE DÍAS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS		

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

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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO		

  

<input type="text"/> <input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	MES	AÑO		

#### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL  
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SÓLO 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 SIMON BOLIVAR 3095,  
DEPTO.CASA E, Nuñoa

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-71988913

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

L	A	M					J	I	M	E	N	E	Z		C	A	R	O	L	A	V	E	R	O	N	1	6	1	2	5	6	2	3	-	4
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO							NOMBRES								RUN													
<u>35617</u>														<u>MEDICINA GENERAL</u>								<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA													
REG. COLEGIO PROFESIONAL							CORREO ELECTRÓNICO							ESPECIALIDAD																					
<u>09-73827170/</u>							<u>SANTA MARIA 500, Providencia</u>															<i>Documento firmado electrónicamente</i>													
TELÉFONO/FAX							DIRECCIÓN															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.