



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

**BUIN,** 24 MAR 2022

**DECRETO ALC. Nº 851** / 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 el funcionario don Claudio Ronda Plaza, Director de Medio Ambiente, Aseo y Ornato - DIMAAO, por 11 días a contar del 24 de Marzo de 2022.

3.- Que resulta necesario nombrar al funcionario don Julio Sánchez Riquelme - Profesional, como Director de DIMAAO Subrogante.

**DECRETO**

Nombrase como Director de Medio Ambiente, Aseo y Ornato Subrogante, al funcionario municipal don **JULIO SANCHEZ RIQUELME**, Profesional, A contar del día **24 de Marzo hasta el 03 de Abril 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**

JAA/GMG/APP/IVR/ams.

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- DIMAAO
- 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 068143032-6

## SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

R	O	N	D	A						P	L	A	Z	A						C	L	A	U	D	I	O	A	L	E	J	1	4	4	4	3	2	4	6	-	0
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN									
2	4	0	3	2	0	2	2	2	4	0	3	2	0	2	2	4	7	M																						
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO REPOSO								EDAD		SEXO																						
1	1	O N C E																																						
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 18.667)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
FECHA NACIMIENTO																																							

### A.3 TIPO LICENCIA

1	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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	2	1 = SI 2 = NO										
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td colspan="3">AÑO</td></tr> </table>									DIA	MES	AÑO		
DIA	MES	AÑO												
HORA MINUTOS	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HORA</td><td>MINUTOS</td><td>TRAYECTO</td><td>1 = SI 2 = NO</td><td></td></tr> </table>									HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO	
HORA	MINUTOS	TRAYECTO	1 = SI 2 = NO											
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MES</td><td colspan="4">AÑO</td></tr> </table>									MES	AÑO			
MES	AÑO													

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

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	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE;Nº;DEPTO;COMUNA <u>Avenida Lomas Mirasur 856,</u>	
VILLA <u>Lomas De Mirasur, Buin</u>	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>02-24595483</u>	

### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

R	O	S	S	E	L					D	E	L	A	M	A	Z	A			G	O	N	Z	A	L	O	A	N	D	R	1	0	0	8	7	8	2	1	-	6
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES											RUN									
21160-5										CORREO ELECTRÓNICO										CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL											1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA									
REG. COLEGIO PROFESIONAL										SERAFIN ZAMORA 190, La Florida										DIRECCIÓN											Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL									
2-4707000/																																								
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.