



I. Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

31 MAR 2023

769749

**BUIN,**

**DECRETO ALC. N° 1045**, 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 3° "de las destinaciones, comisiones de servicio y cometidos funcionarios", Arts. 73°, 79 y 80° 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 la funcionaria doña Irma Vargas Reinoso, Encargada de Recursos Humanos, por 07 días, a contar del 31 de Marzo de 2023.
- 3.- Que resulta necesario formalizar el nombramiento de Encargado de Recursos Humanos Subrogante, en ausencia de la Encargada Titular.

**DECRETO**

Nombrase como Encargado de Recursos Humanos Subrogante al funcionario don **VÍCTOR FARIÑA GONZÁLEZ**, Cedula de Identidad N° , Encargado de Remuneraciones, Escalafón Jefaturas, a contar del **31 de Marzo al 06 de Abril de 2023**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones

ESTE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



**GERÓNIMO MARTINI GORMAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

JAA/GMG/VVS/VFG/aris

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- DAF
- Recursos Humanos



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



# Licencia Medica

N°3 Folio: 14243712-0

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

## SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	96856780-2 : CONSALUD ( ACTUALMENTE OPERA CON CODIGO "107" EN SISTEMA DE SALUD )	76413205-K	284372		
ESTADG LICENCIA	FECHA EST. DO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1-OTORGADA	31-03-23 16:09	10100	69072500-2				

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VARGAS	R E I N O S O	IRMA VICTORIA	5487866-4	75	F
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
<input type="text" value="31"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="23"/> Dia Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
<input type="text" value="31"/> <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="23"/> Dia Mes Año

N DE DIAS
7

FECHAS EN PALABRAS
SIETE

### A.3 TIPO DE LICENCIA

<input type="checkbox"/> 1 1=Enfermedad o Accidente Comun 2=Prorroga Medica Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patologia del Embarazo	RECUPERABILIDAD LABORAL: <input type="checkbox"/> 1 =SI / <input checked="" type="checkbox"/> 2 =No INICIO TRAMITE DE INCAPACITACION: <input type="checkbox"/> 1 =SI / <input checked="" type="checkbox"/> 2 =No FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: _____ TRAYECTO: <input type="checkbox"/> 1=SI / <input checked="" type="checkbox"/> 2=No FECHA DE LA CONDECION: _____
---	---

### A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	SOLO PARA REPOSO PARCIAL: <input type="checkbox"/> A=Manana / <input type="checkbox"/> B=Tarde / <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO: <input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Otro Domicilio	JUSTIFICAR SI ES OTRO: _____ DIRECCION, CALLE N.º DEPTO. CIUDAD: _____ <b>NUEVA UNO 1737 INDEPENDENCIA</b> TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO: <b>227352708</b>

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

VÁSQUEZ	BERRÍOS	TAMARA PATRICIA	17959579-6
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	<input type="checkbox"/> 2 1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	TVASQUEZBERRIOS@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO

TEATINOS 333, SANTIAGO # Santiago Chile	0	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

### Firmado Electronicamente

FIRMA DEL PROFESIONAL

### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

### A.C COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	VICTORIA.VARGASREINOSO@GMAIL.COM
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMAIL TRABAJADOR