



Nuestra Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

11 ABR 2023

BUIN,

**DECRETO ALC. N° 1143** / 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 el funcionario don Guillermo Ibacache Gómez, Director de Obras Municipales, por 06 días a contar del 11 de Abril de 2023.

3.- Que resulta necesario nombrar al funcionario don Rodrigo Césped Lizana, como Director de Obras Subrogante.

**D E C R E T O**

Nombrase como Director de Obras Municipales Subrogante al funcionario don **RODRIGO CÉSPED LIZANA**, Cedula de Identidad N° , Arquitecto – Arquitecto Revisor, a contar del **11 AL 16 de Abril de 2023**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.



NOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

JUAN ASTUDILLO ARAYA  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL  
Por Orden del señor Alcalde.



**GERONIMO MARTINI GORMAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

JAA/GMG/VVS/IMR/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- DOM
- Recursos Humanos



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

N° 3 084819945-1

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

IBACACHE	GOMEZ	GUILLERMO AL	13872572 - 3
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
11042023		11042023	43
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO
06	SEIS	Nº DE DÍAS EN PALABRAS	

*Documento firmado electrónicamente*

FIRMA TRABAJADOR

**A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJC**

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 checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
INICIO 1 RAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO
DIA      ME      AÑO
HORA MINUTOS
TRAYECTO <input type="checkbox"/> = SI <input checked="" type="checkbox"/> = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN
MES      AÑO

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input 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
2 = HOSPITAL
3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA
luis eugenio riquelme pino
355 casa 7, Buin
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)
09-41990925

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

FERRADA	ARREDONDO	JOSE MIGUEL	11391125 - 5
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	NEUROLOGÍA	<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO
9-78634034/	Anibal Pinto 436, Buin	ESPECIALIDAD	<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX	DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
<i>Documento firmado electrónicamente</i>			
FIRMA PROFESIONAL			

**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.