



Recursos Humanos  
Recursos Humanos

**BUIN,** 11 JUN 2024

**DECRETO ALC. Nº 2073** / 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 4º "de las subrogancias", 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 de la funcionaria doña Irma Vargas Reinoso, Encargada de Recursos Humanos, por 07 días a contar del 10 de Junio de 2024.

3.- La necesidad de nombrar a Encargado de Recursos Humanos Subrogante, en ausencia de la Encargada Titular.

**DECRETO**

Nombrase como Encargado de Recursos Humanos Subrogante al funcionario **VÍCTOR FARÍÑA GONZÁLEZ**, Cedula de Identidad Nº 12.469.952 -5, Encargado de Remuneraciones, a contar del día **10 AL 16 de Junio de 2024**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



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

JAA/GMG/VVS/VFG/ahs

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- DAF
- 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 103496897-3

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

## A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V	A	R	G	A	S	R	E	I	N	O	S	O	I	R	M	A	V	I	C	T	O	R	I	5	4	8	7	8	6	6	-	4
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES					RUN																	
1	0	0	6	2	0	2	4	1	0	0	6	2	0	2	4	7	6	F														
FECHA OTORGAMIENTO					FECHA INICIO REPOSO					EDAD		SEXO																				
0	7	S	I	E	T	E																										
N° DE DÍAS		N° DE DÍAS EN PALABRAS																														

## 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)

[illegible]

### A.3 TIPO LICENCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>		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	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div>	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div>	1 = SI 2 = NO
-------------------------	---	------------------	----------------	---	------------------

---

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	DÍA      MES      AÑO
--	---	-----------------------

---

<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	HORA MINUTOS	TRAYECTO	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>	1 = SI 2 = NO
--	--------------	----------	---	------------------

---

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	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

1 = SU DOMICILIO  
2 = HOSPITAL  
3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: CALLE,Nº;DEPTO;COMUNA \_\_\_\_\_ NUEVA 1 1737.

Independencia

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) \_\_\_\_\_ 09-83610686

#### A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

E L N A J A R	V I Q U E I R A	T A R E K Z I A D	2 3 8 6 0 3 9 3 - 5
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL		MEDICINA GENERAL	1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	
02-27308000/ TELÉFONO/FAX		RECOLETA 464, Recoleta DIRECCIÓN	Documento firmado electrónicamente 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.