



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

11 JUN 2024  
**BUIN,**

**DECRETO ALC. N° 2073**, 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 4º "de las subrogancias", 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 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 FARINA GONZÁLEZ**, Cedula de Identidad N° 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/ams

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**



Nº 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						
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS 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**

<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	INICIO TRAMITE	<input type="checkbox"/> 1 = SI			
LABORAL	2 = NO	INVALIDEZ	2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TRABAJO O DEL TRAYECTO	DÍA	MES	AÑO			
HORA MINUTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI		
				2 = NO		
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MES			AÑO			

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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			
02-27308000/				ESPECIALIDAD			
TELÉFONO/FAX				<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO			
				<input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA			
				<input type="checkbox"/> 3 = MATRONA			
CORREO ELECTRÓNICO				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.