



Puesto: Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

18 JUL 2024

BUIN,

DECRETO ALC. N° 2470 / 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.- El Decreto ALC. N° 2377 del 05 de julio de 2024, que aprueba el nombramiento de don FELIPE SEBASTIAN MEZA CERON, Contador Público y Auditor, como Suplente Grado 7º de la Planta Profesionales, en el cargo vacante de Encargado de Finanzas, dependiente de la Dirección de Administración y Finanzas, a contar del 01 AL 31 de Julio de 2024, ambas fechas inclusive.

3.- La Licencia Médica presentada por la funcionaria doña Nancy Viviana Vargas Sandoval, Directora de Administración y Finanzas, por 03 días a contar del 08 de Julio de 2024.

4.- Que resulta necesario nombrar al funcionario don Felipe Meza Cerón, como Director de Administración y Finanzas Subrogante.

D E C R E T O

Nombrase como Director de Administración y Finanzas Subrogante al funcionario don **FELIPE MEZA CERON**, Cedula de Identidad N° 18.360.524 -0, Profesional – Suplente como Encargado del Área de Finanzas, por los días **17 y 18 de Julio de 2024**, respectivamente, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/FMC/IYR/ams

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- DAF
- Recursos Humanos



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 104839646-8


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

VARGAS	SANDOVAL	NANCY V.	8523139	- 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
15072024	17072024	65	F	FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
02	DOS	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 18.857)

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
DIRECCIÓN: CALLE:Nº;DEPTO;COMUNA HECTOR VARAS MENESES 382, Buin		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-81769015		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CORTES	GREZ	FRANCISCO	16360446	- 9
APELIDO PATERNO		APELIDO MATERNO		NOMBRES RUN
MEDICINA GENERAL				
REG. COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD	
09-75285911/	Arturo Prat 607, Buin		DIRECCIÓN	
TELÉFONO/FAX				

- 1 = MÉDICO
 2 = DENTISTA
 3 = MATRONA

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.