



BUIN, Chile
de 19 de Julio de 2024

Recursos Humanos

18 JUL 2024
BUIN,

DECRETO ALC. N° 2488 / 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 el día 19 de Julio de 2024.

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

DECRETO

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 el día **19 de Julio de 2024**, 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/FMC/IVR/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

N° 3 104972927-4

N° 3 104972927-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VARGAS SANDOVAL NANCY V. RUN
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 85231391 - 1
18072024 19072024 65 F
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
01 UNO FIRMA TRABAJADOR
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente

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 15.867)

RUN
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 FIRMA TRABAJADOR
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 = SÍ <input type="checkbox"/> 2 = NO
INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SÍ <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO
TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SÍ <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL
<input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA <input type="checkbox"/> HECTOR VARAS MENESES 382, <input type="checkbox"/> Buin
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <input type="checkbox"/> 09-81769015

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

CORTES GREZ FRANCISCO 16360446 - 9
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL MEDICINA GENERAL 1 = MÉDICO
09-75285911/ CORREO ELECTRÓNICO 2 = DENTISTA
TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN 3 = MATRONA
Arturo Prat 607, Buin 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.