



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 20 FEB 2025

DECRETO ALC. N° 679 / 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 4° "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 recibida del funcionario don Gerónimo Martini Gormaz, Abogado - Secretario Municipal, por 02 días a contar del 20 de Febrero de 2025.

3.- La resolución del Administrador Municipal, que designa el nombramiento de doña Holan Pinto Urzúa, Profesional de la Dirección Jurídica, como Secretaria Municipal Subrogante.

DECRETO

Nombrase como Secretaria Municipal Subrogante, a la funcionaria doña **HOLAN PINTO URZÚA**, Cedula de Identidad N° 13.771.463-9, Abogado - Profesional de la Dirección Jurídica, por los días **20 y 21 de Febrero de 2025**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

HOLAN PINTO URZÚA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

JAA/HPU/PCJ/VFG/ams/cmt

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- Jurídica
- 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 114487556-3

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| M | A | R | T | I | N | I | | | | | G | O | R | M | A | Z | | | | | | G | E | R | Ó | N | I | M | O | F | R | A | 9 | 5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 7 | | 8 |
| APELLIDO PATERNO | | | | | | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | | | | | | NOMBRES | | | | | | | | | | RUN | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | 6 | 2 | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA OTORGAMIENTO | | | | | | | | | | FECHA INICIO REPOSO | | | | | | | | | | EDAD | | | | | | | | | | SEXO | | | | | | | | | | | |
| 0 | 2 | D O S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° DE DIAS | | | | | | | | | | N° 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

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 1 = SI
 2 = NO INICIO TRAMITE 1 = SI
 2 = NO INVALIDEZ

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO

| | | | | | |
|-----|-----|-----|--|--|--|
| | | | | | |
| DÍA | MES | AÑO | | | |

TRAYECTO 1 = SI
 2 = NO

HORA MINUTOS

FECHA DE LA CONCEPCIÓN

| | | | | | |
|-----|-----|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 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 = SU DOMICILIO
 2 = HOSPITAL
 3 = OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____

DIRECCIÓN: CALLE,Nº,DEPTO,COMUNA LA TRAVESIA 9411,
 Pudahuel

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 02-27618224

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--------------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| L | E | D | E | Z | M | A | | | | | R | O | J | A | S | | | | | | | R | O | D | R | I | G | O | A | N | T | O | 1 | 3 | 4 | 2 | 0 | 9 | 8 | 8 | | 7 |
| APELLIDO PATERNO | | | | | | | | | | APELLIDO MATERNO | | | | | | | | | | NOMBRES | | | | | | | | | | RUN | | | | | | | | | | | | |
| 24510 | | | | | | | | | | UROLOGÍA | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REG. COLEGIO PROFESIONAL | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | ESPECIALIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02-3954560/ | | | | | | | | | | TABANCURA 1185, Vitacura | | | | | | | | | | Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO/FAX | | | | | | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

Subroga Adan Pinto U.
13.771.463-9



Licencia Médica
Otorgada para cotizante ISAPRE
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



Nº 3 114487556-3

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

Table with 6 main columns: Código Institución Previsional, Mes al cual corresponden las remuneraciones (subdivided into Mes, Año, N° Días), Remuneraciones imponibles (subdivided into Imponible desahucio and Total remuneraciones imponibles), and Subsidio por incapacidad laboral (subdivided into Monto and N° Días).

% DESAHUCIO
[] [] [] []
Remuneración imponible previsional mes anterior inicio licencia médica (tope 109,8 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

Table similar to C.3 but specifically for Maternal Licenses (Tipo 3), with columns for Código Institución Previsional, Mes al cual corresponden las remuneraciones, Remuneraciones imponibles, and Subsidio por incapacidad laboral.

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente.
Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1 = SI
2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

Table with columns: TOTAL DIAS, DESDE (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO)

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Comprobante de Licencia Médica Electrónica



Sucursal : CLÍNICA TABANCURA - CLÍNICA TABANCURA

Fecha Otorgamiento : 20-02-2025 09:11 hrs.

Entidad que se pronuncia : CONSALUD

Empleador : I. MUNICIPALIDAD DE BUIN

1. Datos Profesional

Profesional : Ledezma Rojas, Rodrigo Antonio
Rut : 13420988-7
Especialidad : UROLOGÍA
Dirección : TABANCURA 1185, Vitacura - Tel: 02-3954560

2. Datos Trabajador

Nombre : MARTINI GORMAZ, GERÓNIMO FRANCISCO
Rut : 9501207-8
Edad : 62
Sexo : Masculino
Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 20-02-2025 Lugar : Domicilio
N° Días : 2 Dirección : LA TRAVESIA 9411, Pudahuel
Fecha término : 21-02-2025 Teléfono : 02-27618224
Tipo : Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Emitida por Profesional
Fecha Última Modificación : 20-02-2025 09:11 hrs.
Motivo Anulación :
Motivo Rechazo :
Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 69072500-2
Fecha de Recepción : 20-02-2025
Fecha de envío a pronunciamiento :

6. Datos de pronunciamiento

No hay pronunciamientos para esta licencia.

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **114487556-3** y código de verificación: **I-87976b**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.
En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.
Artículo 202 del Código Penal.