



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 07 ABR 2025

DECRETO ALC. N° 1277 / 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 presentada por la funcionaria doña Viviana Vásquez González, Directora de Tránsito, por 30 días a contar del 05 de Abril de 2025.

3.- La resolución del Administrador Municipal, que designa a don Román Orellana Orellana, como Director Subrogante.

DECRETO

Nombrase como Director de Transito Subrogante al funcionario don **ROMAN ORELLANA ORELLANA**, Cedula de Identidad N° 15.408.294 -8, Profesional, a contar del **05 de Abril AL 04 de Mayo de 2025**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.



GERÓNIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/PCJ/KYC/ams/cmt

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- TRANSITO
- Recursos Humanos

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



JUAN ASTUDILLO-ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 116424296-6

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

VÁSQUEZ GONZÁLEZ VIVIANA PAME 11638525 - 2
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
03042025 05042025 54 F
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
30 TREINTA N° DE DIAS EN PALABRAS
N° DE DIAS

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

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	<input type="checkbox"/> 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 = SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2 = HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 = OTRO DOMICILIO	DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA Luis Eugenio Riequeme Pino 355 c 28, Buin	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-68472665		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

ORELLANA ARAYA PABLO ANDRES 10262948 - 5
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
21649-9 Traumatología y Ortopedia
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD
2-36255555/ AV SANTA MARIA 1810, Providencia Documento firmado electrónicamente
TELÉFONO/FAX DIRECCIÓN 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.