



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

18 JUN 2025

BUIN,

**DECRETO ALC. N° 2202** / 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 recibida del funcionario don Gerónimo Martini Gormaz, Abogado – Secretario Municipal, por el día 11 de Junio 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 el día **11 de Junio de 2025**, 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/PCJ/KVC/ams/cmt

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- Jurídica
- Recursos Humanos



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

DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES

Nº 3 119765267-1

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

**A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

MARTINI	GORMAZ	GERÓNIMO FRA	9 5 0 1 2 0 7	- 8
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
1 2 0 6 2 0 2 5	1 1 0 6 2 0 2 5	6 2	M	RUN
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO REPOSO	EDAD	SEXO	
0 1	U N O	Documento firmado electrónicamente		
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS	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	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	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DÍA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	HORA MINUTOS			
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 B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO	<input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)	
DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO; COMUNA	
LA TRAVESIA 9411, Pudahuel	
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)	
09-54220096	

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

UMANZOR	GONZÁLEZ	PEDRO OSVALD	1 8 2 2 8 2 1 1	- 1
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
42702-5	MEDICINA GENERAL			RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL	ESPECIALIDAD			<input type="checkbox"/> 1 = MÉDICO <input type="checkbox"/> 2 = DENTISTA <input type="checkbox"/> 3 = MATRONA
9-54220096/	DIRECCIÓN			Documento firmado electrónicamente
TELÉFONO/FAX	MARCOLETA 368, Santiago			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.