



Ilustre Municipalidad
de Buin

Recursos Humanos

20 AGO 2020

BUIN,

DECRETO ALC. N° 1704 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12, 30 y 63 Letra i) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones, el Art. 108° 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° 772 del 16 de marzo de 2020, que Aprueba la Instrucción de Servicio: Libérese de asistir a su jornada manteniendo sus remuneraciones... respecto de determinados funcionarios/as. Estableciendo la organización de trabajo de modalidad flexible por brote de enfermedad COVID-19 (coronavirus).

3.- La solicitud presentada por el funcionario municipal, acogiéndose a SOLICITUD INSTRUCCIÓN DE SERVICIO, D° ALC. N° 772/2020.

DECRETO

Formalizase la SOLICITUD INSTRUCCIÓN DE SERVICIO, DECRETO ALC. N° 772: Con Goce de Remuneraciones del siguiente funcionario municipal, que a continuación se detalla:

RUT / NOMBRE FUNCIONARIO

FECHA

DIRECCIÓN /

Miranda Molina Manuel

a contar del 12/08/2020

DIMAAO

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/VFG/ams

DISTRIBUCION:

- Secretaria Municipal
- Recursos Humanos



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del Señor Alcalde.



**SOLICITUD INSTRUCCIÓN DE SERVICIO
DECRETO ALCALDICIO N°772/2020**

Miranda Molina Manuel Enrique
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Auxiliar Administrativo grado
CARGO, GRADO Y LUGAR DE DESEMPEÑO SERVICIO DE ORIGEN

Solicita acogerse a la Instrucción de servicio en la siguiente causal y justificación:

Solicito Acogerse al Decreto Alcaldicio N°772
del 16-3-20 se Acoge a los consejeros
del insiso segun el decreto cuyo vigencia
se extiende al fecha 30-3-20

A contar del 12 de Agosto de 2020,
Hasta el 31 de Agosto de 2020 inclusive.

OBSERVACIONES:

Redoce. de enfermedad respiratoria crónica
por lo que se solicita. necesario Acogerse
su solicitud deido al caso - 19
BUIN, 12 de Agosto de 2020.

V° B° Jefe Inmediato

Firma del Solicitante

V° B° Jefe de Personal

V° B° señor Administrador Municipal

ALCALDE

"POR ORDEN DEL SEÑOR





Servicio de Salud
Metropolitana Sur
Programa ERA

CARNÉ DE CONTROL CRÓNICO RESPIRATORIO

Nombre:	MOMEL MIRANDA <i>Miranda</i>		
Rut:	7425.900-6	Ficha:	BS66
Fecha de nacimiento:	11/08/57	Edad:	53
Diagnóstico:	GPOC		
Severidad:	A GOLD 1		
Consultorio:	Consult Dr. <i>Francisco García</i> Buin		
Comuna:			
Médico Coordinador ERA:			
Kinesiólogo / Enfermera ERA:			
Médico Broncopulmonar:			

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PECIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): CELOT
DIRECCIÓN: la coordinadora CIUDAD: STGO
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Mra. Bianca Miranda
RUT: 16.941.832-2

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: Manuel Miranda
RUT: 7.425.900-6 ☒ FONASA ☐ ISAPRE
DOMICILIO: _____ COMUNA: Pirua REGIÓN: Tar.
Nº TELEFONO FIJO _____ Nº TELEFONO CELULAR _____
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Salud oral Integral 60 años



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN:

21/03/18

18:00 hrs

Bianca Miranda

INFORME DIAGNÓSTICO GES
(Firma de persona que notifica)

[Firma]

TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____

Rut: _____

Nº Teléfono Celular _____

Dirección correo electrónico (e-mail) _____