



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 24 MAR 2022

DECRETO ALC. Nº 846 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letras i) y j) de la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones; lo dispuesto en el Párrafo 3º "de las destinaciones, comisiones de servicio y cometidos funcionarios", Arts. 70º, 72 y 75º de la Ley Nº 18.883, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.

CONSIDERANDO:

1.- El Decreto ALC. Nº 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 Nancy Viviana Vargas Sandoval, Directora de Administración y Finanzas, por 03 días a contar del 23 de Marzo de 2022.

3.- Que es necesario nombrar a la funcionaria doña Ana Pedraza Peña, como Directora de Administración y Finanzas Subrogante, a contar del 23 al 25 de Marzo del año en curso.

DECRETO

Nombrase como Directora de Administración y Finanzas Subrogante a la funcionaria doña **ANA ESTER PEDRAZA PEÑA**, Profesional – Encargada del Área de Finanzas, a contar del día **23 AL 25 de Marzo de 2022**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/APP/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 068080029-4

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

V A R G A S S A N D O V A L N A N C Y V . 8 5 2 3 1 3 9 - 1
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
 2 3 0 3 2 0 2 2 2 3 0 3 2 0 2 2 6 2 F
 FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO
 0 3 T R E S 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

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	1 = SI 2 = NO	INICIO TRAMITE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 2	1 = SI 2 = NO
----------------------------	----------------------------	------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------

FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	DÍA	MES	AÑO

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	TRAYECTO	<input type="checkbox"/>	1 = SI 2 = NO
HORA	MINUTOS			

FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	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 HECTOR VARAS MENESES 382,

Buín

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-93231242

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Z U N I G A		V A R G A S		B A R B A R A A N D R		1 5 8 3 8 7 1 5 - 8	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUN	
28851-9				MEDICINA GENERAL		1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA	
REG. COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		ESPECIALIDAD			
02-4202021/		Santos Dumont # 999, Independencia				Documento firmado electrónicamente	
TELÉFONO/FAX		DIRECCIÓN				FIRMA PROFESIONAL	

Documento firmado electrónicamente
FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: 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.