



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

733060

BUIN, 08 AGO. 2022

DECRETO ALC. N° 2246 / 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 3° "de las destinaciones, comisiones de servicio y cometidos funcionarios", Arts. 70°, 72 y 75° 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 Nancy Viviana Vargas Sandoval, Directora de Administración y Finanzas, por 05 días a contar del 09 de Agosto de 2022.

3.- Que es necesario nombrar a la funcionaria doña Ana Pedraza Peña, como Directora de Administración y Finanzas Subrogante, a contar del 09 de Agosto 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 **09 AL 13 de Agosto de 2022**, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo y sin perjuicio de sus actuales funciones.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

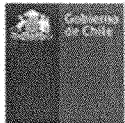

GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/APP/IYR/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaría Municipal
- DAF
- Recursos Humanos


JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.



Licencia Medica

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias med
reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/19
MINISTERIO DE SALUD

SECCION 0:

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD			RUT PREST
76135801-4	3	SI	94954000-6 : COLMENA			76098454-K
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIV
1- OTORGADA	09-08-22 11:51	10100	69072500-2			

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VARGAS	SANDOVAL	NANCY V.	8523139-1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

FECHA EMISION LICENCIA
<div>09</div> <div>08</div> <div>22</div>
Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
<div>09</div> <div>08</div> <div>22</div>
Dia Mes Ano

N DE DIAS
5

A.3 TIPO DE LICENCIA

<div>1</div>	<div>1=Enfermedad o Accidente Comun</div> <div>2=Prorroga Medicina Preventiva</div> <div>3=Licencia Maternal Pre y Post Natal</div> <div>4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 ano</div> <div>5=Accidente del Trabajo o del Trayecto</div> <div>6=Enfermedad Profesional</div> <div>7=Patologia del Embarazo</div>				
RECUPERABILIDAD LABORAL	<div>1</div>	<div>1=Si</div> <div>2=No</div>	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<div>2</div>	<div>1=Si</div> <div>2=No</div>
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		TRAYECTO	<div>1</div>	<div>1=Si</div> <div>2=No</div>	
FECHA DE LA CONCEPCION					

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<div>1</div>	<div>1=Reposo Laboral Total</div> <div>2=Reposo Laboral Parcial</div>	SOL PAF
LUGAR DE REPOSO	<div>1</div>	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCION: CALLE:N;DEPTO;COMUNA		
HECTOR VARS MENESES 382 382		
TELEFONO (PERSONAL O DE CONTACTO)		
93231242		

FIRMADO
ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LA	CRUZ	ALEJANDRO DE		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	<div>1</div>	1=Medico 2=Dentista 3=Matrona	9046-8	ALENUR
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO EL