



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

BUIN,

23 AGO. 2022

**DECRETO ALC. Nº 2398** / 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 21 días a contar del 24 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 24 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 **24 de Agosto AL 13 de Septiembre 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 Medica

Nº3 Folio: 11739402-6

### SECCION 0:

La COMPIN, la Unidad de Licencias medicas o la ISAPRE, en su caso, podran rechazar o aprobar las licencias medicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. No 3/1984.

OPERADOR: 4

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD	RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR		
76135801-4	3	SI	94954000-6 : COLMENA	77039754-5	222717		
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION	TIPO LIQUIDACION
1-OTORGADA	23-08-22 15:18	10100	69072500-2				

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VARGAS	SANDOVAL	NANCY V.	8523139-1	63	F
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD	SEXO

FECHA EMISION LICENCIA
23 08 22
Dia Mes Ano

FECHA INICIO DE REPOSO
24 08 22
Dia Mes Ano

N DE DIAS
21

N DE DIAS EN PALABRAS
VEINTAUNO

#### A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prorruga Medicina Preventiva 3=Licencia Maternal Pre y Post Natal 4=Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año 5=Accidente del Trabajo o del Trayecto 6=Enfermedad Profesional 7=Patología del Embarazo		
RECUPERABILIDAD LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1=Si 2=No	RIESGO TRAMITE DE REVALIDAZ	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1=Si 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	TRAYECTO	<input checked="" type="checkbox"/> 1=Si 2=No	
FECHA DE LA CONCEPCION			

#### A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total 2=Reposo Laboral Parcial	<input type="checkbox"/> SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana <input type="checkbox"/> B=Tarde <input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Su Domicilio 2=Hospital 3=Cero Domicilio	
JUSTIFICAS SI ES OTRO (2)			
DIRECCION: CALLE/DEPTO./COMUNA			
HÉCTOR VARAS MENESES LOS JARDINES DEL SUR, 362 BUIN			
TELEFONO PERSONAL O DE CONTACTO			
993231242			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE  
FIRMA DEL TRABAJADOR

#### A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTILLO	DAZ	ANDREA ISABEL	15436858-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

PSIQUIATRIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Enfermera 3=Matrona	25555-4	DRA.ANDREA.CASTILLO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

GRAN AVENIDA 5618. OFICINA 810. PISO 6 EDIFICIO SAN NICOLAS. # San Miguel Chile	226956014	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electronicamente  
FIRMA DEL PROFESIONAL

#### A.6 DIAGNOSTICO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	OTROS DIAGNOSTICOS
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	
ANTECEDENTES CLINICOS	
EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO	

#### A.7 COMPLEMENTO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	VIVIANAVARGAS@BUIN.CL
CODIGO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO DIAGNOSTICO SECUNDARIO	CODIGO DIAGNOSTICO OTRO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	EMIS. TRABAJADOR