



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN,

735195
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.

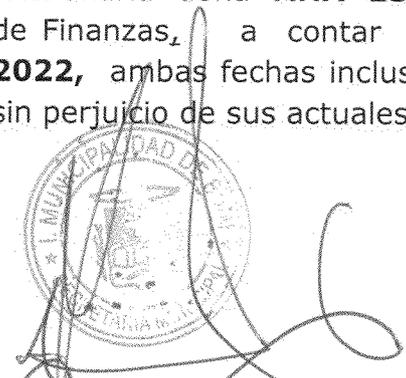
2.- La Licencia Médica presentada por la funcionaria doña Nancy Viviana Vargas Sandoval, Directora de Administración y Finanzas, por 21 días a contar del 24 de Agosto de 2022.

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

N°3 Folio: 11739402-6

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

SECCION 0:

MINISTERIO DE SALUD

RUT OPERADOR	TIPO FORMULARIO	EMPLEADOR ADSCRITO	CODIGO ENTIDAD		RUT PRESTADOR	CODIGO PRESTADOR
76139801-4	3	SI	94954000-6 : COLMENA		77039754-5	222717
ESTADO LICENCIA	FECHA ESTADO	CODIGO TRAMITACION	RUT EMPLEADOR	FECHA TERMINO RELACION	MOTIVO DEVOLUCION	MOTIVO NO RECEPCION
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
Die Mes Año

FECHA INICIO DE REPOSO
24 08 22
Die Mes Año

DE DIAS
21

DE DIAS EN PALABRAS
VEINTIUNO

A.3 TIPO DE LICENCIA

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Enfermedad o Accidente Común 2=Prorroga 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=SI <input type="checkbox"/> 2=No
FECHA Y HORA ACCIDENTE DEL TRABAJADOR O DEL TRAYECTO	<input type="checkbox"/> 1=SI <input checked="" type="checkbox"/> 2=No
FECHA DE LA CONCEPCION	

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Reposo Laboral Total	<input type="checkbox"/> SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A=Manana
<input type="checkbox"/> 2	2=Reposo Laboral Parcial		<input type="checkbox"/> B=Diaria
			<input type="checkbox"/> C=Noche
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2=Hospital	<input type="checkbox"/> 3=Otros Domicilio
JUSTIFICAR SI ES OTRO (2)			
DIRECCION: CALLE 18 DE SEPTIEMBRE 382 BUIN			
TELÉFONO PERSONAL O DE CONTACTO: 993231242			

FIRMADO ELECTRONICAMENTE
FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

CASTILLO	DAZ	ANDREA ISABEL	15436888-2
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

PSIQUIATRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1=Medico 2=Psicóloga 3=Matrona	25556-4	DRA.ANDREA.CASTILLO@GMAIL.COM
ESPECIALIDAD	TIPO PROFESIONAL	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	CORREO ELECTRONICO	

GRAN AVENIDA 5818. OFICINA 610. PISO 6 EDIFICIO SAN NICOLAS. 2 San Miguel Chile	226950014	
DIRECCION	TELEFONO	FAX

Firmado Electrónicamente
FIRMA DEL PROFESIONAL

A.6 DIAGNOSTICO

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

A.C COMPLEMENTO

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