



DECRETO ALCALDICIO N° 1.471.-

LITUECHE, 29 de noviembre de 2018

CONSIDERANDO:

*Considerando la Modificación de la Dieta para los Concejales a Partir del 01 de abril de 2014 a 15.6 UTM mediante la publicación de la Ley N° 20742 y el Acuerdo del Concejo Municipal N° 02/2016 de la Sesión Ordinaria N° 01 del 14 de diciembre del 2016 que se fija la dieta Mensual del Honorable Concejo Municipal 2016-2020

*Las sesiones ordinarias N° 70 de fecha, 14/11/2018, N° 71 de fecha 21/11/2018, N°72 de fecha 28/11/2018; las sesiones extraordinarias N° 19 de fecha 21/11/2018, N° 20 de fecha 28/11/2018.

* La licencia médica N° 38402877, presenta por el concejal Sr. Marcos Donoso Adasme de fecha 27/11/2018, por tres días de reposo desde el 27/11/2018 hasta el 29/11/2018.

*La planilla de pago de asignación al H. Concejo Municipal de Litueche, confeccionada por la Secretaria Municipal.

VISTOS:

La sentencia y Acta de proclamación Alcalde electo comuna de Litueche, del 25 de Noviembre de 2016, del Tribunal Electoral Regional Sexta Región Rancagua; El Decreto Alcaldicio N° 1550 de fecha 06 Diciembre del 2016 que asume como Alcalde Titular, Decreto Alcaldicio N°597 de fecha 09 de Mayo de 2018, que delega la facultad de firmar a la Administradora Municipal, bajo la fórmula "Por orden del Alcalde" y sus posteriores decretos modificatorios El artículo 88 de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, correspondiente a la dieta mensual que pueden percibir los concejales y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1.- AUTORIZASE al departamento de Finanzas para cancelar la dieta mensual de los señores concejales, correspondiente a las sesiones ordinarias realizadas durante el mes **NOVIEMBRE** de 2018.

Sr. Tulio Campos González

Sra. Claudia Donoso Donoso

Sr. Rosendo Galleguillos Valdenegro

Sr. Marcos Donoso Adasme

Sr. Gabriel Palma Donoso

Sr. Ricardo Valeria Matus.

2.- CANCELASE a cada uno de los señores concejales la cantidad de 15,6 UTM del mes de **NOVIEMBRE** del año 2018 de acuerdo a su asistencia.-

3.- IMPUTASE el presente gasto al subtitulo 215.21.04.003.001 Dieta Concejales del presupuesto municipal vigente año 2018, por un monto de **\$4.483.506** Cuatro millones cuatrocientos ochenta y tres mil quinientos seis pesos)

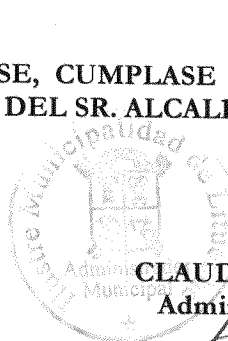
ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CUMPLASE Y ARCHÍVESE.
"POR ORDEN DEL SR. ALCALDE"



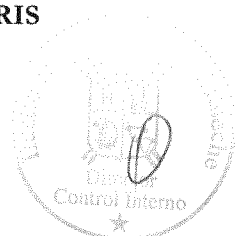
LAURA URIBE SILVA
Secretaria Municipal

RAE/RPV/LUS/lus/

DISTRIBUCION
Secretaria Municipal
Depto. Finanzas



CLAUDIA SALAMANCA MORIS
Administradora Municipal



Dieta Concejales



I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

PLANILLA ASISTENCIA CONCEJO MUNICIPAL
AÑO: 2016-2020

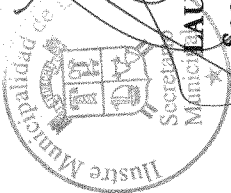
Sesión		Fecha	CONCEJALES						Alcalde	Secretario Municipal
			Gabriel Palma Donoso	Rosendo Galleguillos Valdenegro	Claudia Donoso Donoso	Tatío Campos González	Marcos Donoso Adasme	Ricardo Valeria Matus		
70		14-11-2018								
71		21/11/2018								
7	19	21/11/18								
	20	27/11/18								
72		28/11/18								

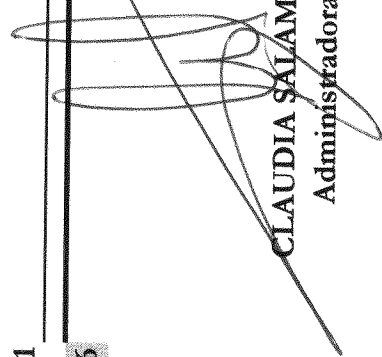
PLANILLA DE PAGO ASIGNACIÓN MENSUAL H. CONCEJALES DE LITUECHE
MES DE NOVIEMBRE del 2018

Valor UTM NOVIEMBRE 2018 \$ 48.160

No. UTM a percibir en el mes 15,6

Nombre Concejal	R.U.T.	Asistencias	Monto a Percibir	Impuesto Unico	Total a Pagar	Firma
Caludia Donoso Donoso	●●●●●	5	751.296	4.045	747.251	
Tulio Campos Gonzalez	●●●●●	5	751.296	4.045	747.251	
Rosendo Galleguillos Valdenegro	●●●●●	5	751.296	4.045	747.251	
Gabriel Palma Donoso	●●●●●	5	751.296	4.045	747.251	
Ricardo Valeria Matus	●●●●●	5	751.296	4.045	747.251	
Marcos Donoso Adasme	●●●●●	3	751.296	4.045	747.251	
TOTAL			4.507.776	24.270	4.483.506	


+
LAURA URIBE SILVA
Secretaria Municipal


CLAUDIA SALAMANCA MORIS
Administradora Municipal

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL
A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

10 No 30 AMASME MACIAS DEUR
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
 28 11 18
 FECHA EMISION LICENCIA FECHA INICIO DE REPOSO DIA MES AÑO
 3
 N° DE DIAS
 Tres
 N° DE DIAS EN PALABRAS

16072968 - 9
RUN
110488
FECHA DE NACIMIENTO
30
EDAD
M O F
SEXO
M

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

[illegible]

The form contains two rows of input boxes. The first row has 6 boxes, with the text "FECHA DE NACIMIENTO" centered below them. The second row has 8 boxes, with the text "RUN" centered below them. To the right of the 8 boxes is a single box separated by a minus sign.

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
 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= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL ☐ 1 = SI
☐ 2 = NO

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ ☐ 1 = SI
☐ 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO

DIA MES AÑO

HORA MINUTOS

TRAYECTO 1 = SI ☐
 2 = NO ☐

FECHA DE LA CONCEPCION

MES AÑO

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO				
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____				
DIRECCION DE REPOSO				
MARQUELA				
CALLE				
SIN.				
N°		DPTO		
VILLA O POBLACION				
C. Trujillo				
COMUNA				
TELEFONO		CELULAR		
CORREO ELECTRONICO				

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: VARGAS
 APELLIDO MATERNO: GARCIA
 NOMBRES: JUAN CARLOS
 RUN: 126X1M40 - 9
 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 32240 - 6

FIRMA DEL TRABAJADOR

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL PROFESIONAL

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE

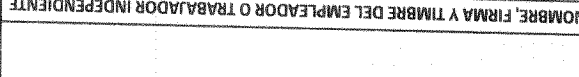
COMUNA

Nº A28

FIRM _____

A223280A9

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
	

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o sapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

[illegible]

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)