



Litueche

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
Secretaria Municipal

DECRETO ALCALDICIO N° 000670

LITUECHE, 31 MAY 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° 52 de fecha 09/05/2018, N° 53 de fecha 16/05/2018 N° 54 de fecha 23/05/2018; la sesión extraordinaria N°14 de fecha 30/05/2018

\*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, el decreto alcaldicio N° 24 del 04 de 2017 que designa alcalde subrogante, 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 MAYO de 2018.

Sr. Tulio Campos González

Sra. Claudia Donoso Donoso

Sr. Rosendo Galleguillos Valdenegro

Sr. Marcos Donoso Adasme

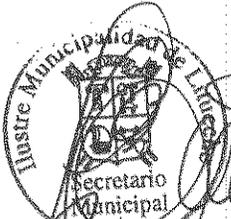
Sr. Gabriel Palma Donoso

Sr. Ricardo Valeria Matus.

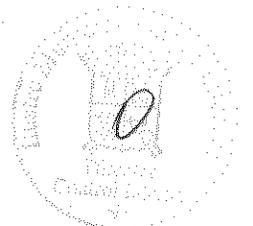
2.- **CANCELASE** a cada uno de los señores concejales la cantidad de 15,6 UTM del mes de MAYO del año 2018 de acuerdo a su asistencia.-

3.- **IMPUTASE** el presente gasto al subtitulo 215.21.04.003.001 Dieta Concejales del presupuesto municipal vigente año 2018, por un monto de \$4.436.268(Cuatro millones cuatrocientos treinta y seis mil doscientos sesenta y ocho pesos)

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CUMPLASE Y ARCHÍVESE.

  
Secretaria Municipal  
**LAURA URIBE SILVA**  
Secretaria Municipal  
RAE/PVV/LUS/lus/  
DISTRIBUCIÓN  
Secretaria Municipal  
Depto. Finanzas

  
**RENE ACUNA ECHEVERRIA**  
Alcalde



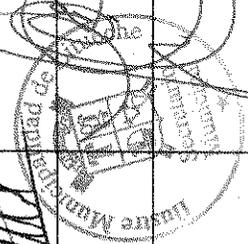
**Dieta Concejales**



**I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE**

**PLANILLA ASISTENCIA CONCEJO MUNICIPAL  
AÑO: 2016-2020**

| Sesión | CONCEJALES |     |           |                      |                                 |                       |                       |                      |                       |                    | Alcalde | Secretario Municipal |
|--------|------------|-----|-----------|----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------------------|
|        | Ord        | Ext | Fecha     | Gabriel Palma Donoso | Rosendo Galleguillos Valdelegro | Claudia Donoso Donoso | Tulio Campos González | Marcos Donoso Adasme | Ricardo Valeria Matus |                    |         |                      |
| 52     |            |     | 9/05/18.  | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>              | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i> |         |                      |
| 53     |            |     | 16/05/18. | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>              | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i> |         |                      |
| 54     |            |     | 23/05/18. | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>              | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i> |         |                      |
| 14.    |            |     | 30/05/18. | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>              | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i>   | <i>[Signature]</i>    | <i>[Signature]</i> |         |                      |
|        |            |     |           |                      |                                 |                       |                       |                      |                       |                    |         |                      |



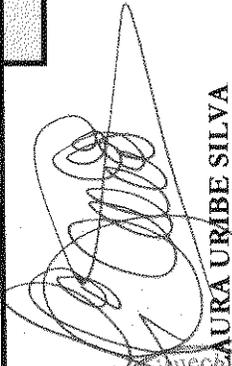
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
Secretaría Municipal

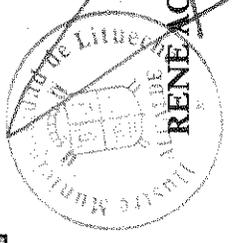
PLANILLA DE PAGO ASIGNACIÓN MENSUAL H. CONCEJALES DE LITUECHE  
MES DE mayo del 2018

Valor UTM mayo 2018 \$ 47.396

No. UTM a percibir en el mes 15,6

| Nombre Concejal                 | R.U.T.       | Asistencias | Monto a Percibir | Firma |
|---------------------------------|--------------|-------------|------------------|-------|
| Caludia Donoso Donoso           | 14.245.388-6 | 4           | 739.378          |       |
| Tulio Campos Gonzalez           | 4.269.237-9  | 4           | 739.378          |       |
| Rosendo Galleguillos Valdenegro | 11.697.892-k | 4           | 739.378          |       |
| Gabriel Palma Donoso            | 17.986.917-9 | 3           | 739.378          |       |
| Ricardo Valeria Matus           | 11.693.990-8 | 4           | 739.378          |       |
| Marcos Donoso Adasme            | 16.972.968-2 | 4           | 739.378          |       |
| <b>TOTAL</b>                    |              |             | <b>4.436.268</b> |       |

  
LAURA URIBE SILVA  
Secretaría Municipal

  
RENE ACUÑA ECHEVERRIA  
Alcalde

+



# Licencia Médica

Nº 1 - 37482759

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 período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
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.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

**APELLIDO PATERNO** PALMA **APELLIDO MATERNO** DONORO **NOMBRES** GABRIELA EDUARDO **RUN** 17986917-8  
**FECHA EMISION LICENCIA** 020518 **FECHA INICIO DE REPOSO** 070518 **FECHA DE NACIMIENTO** 311281 **EDAD** 26 **M O F** M  
**Nº DE DIAS** 007 **Nº DE DIAS EN PALABRAS** SIETE DIAS

### 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).

**APELLIDO PATERNO** **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES** **FECHA DE NACIMIENTO** **RUN**

### 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= REPOSO LABORAL TOTAL  
 2= REPOSO LABORAL PARCIAL

**SOLO 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)**

**DIRECCION DE REPOSO** SAN FRANCISCO  
**CALLE** 8511 **DPTO**  
**VILLA O POBLACION** LITUECHE  
**COMUNA** **TELEFONO** **CELULAR** 996353835  
**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

*[Firma]*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

**APELLIDO PATERNO** CONTRERAS **APELLIDO MATERNO** PINTO **NOMBRES** HECTOR **ESPECIALIDAD** MEDICO CIRUJANO  1= MEDICO  2= DENTISTA  3= MATRONA  
**RUN** 17706323-0 **REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL** **CORREO ELECTRONICO**  
**DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION** **CALLE** CAYAS ENVAL CONVO **Nº** 728 **FIRMA DEL PROFESIONAL**  
**COMUNA** LITUECHE

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES**

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

| TOTAL DIAS | DESDE |     |     | HASTA |     |     |
|------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|            | DIA   | MES | AÑO | DIA   | MES | AÑO |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |
|            |       |     |     |       |     |     |

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

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Trabajador