



DECRETO ALCALDICIO No 321

LITUECHE, 29 de febrero de 2024

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 No 20742 y el Acuerdo del Concejo Municipal No 06/2021 de la Sesión Ordinaria No 01 del 07 de julio de 2021, que se fija la dieta Mensual del Honorable Concejo Municipal 2021-2024

*Las sesiones ordinarias No 94 de fecha 07/02/2024, No 95 de fecha 14/02/2024, No 96 fecha 21/02/2024 la sesión extraordinaria No 26 del 29/02/2024

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

El certificado de atención medica presentado por la concejala Claudia Donoso Donoso.-

El certificado de atención medica presentado por la Concejala Sara Daza Gallardo

El certificado de atención medica presentado por el concejal Gabriel Echeverría Rubio

VISTOS:

La sentencia y Acta de proclamación Alcalde electo comuna de Litueche, del 21 de junio de 2021, del Tribunal Electoral Regional Sexta Región Rancagua; El Decreto Alcaldicio N° 732 de fecha de junio del 2021 que asume como Alcalde Titular, Decreto Alcaldicio N°740 de fecha 30 de junio de 2021, que renueva los decretos Alcaldicio N°597 y 847 de 2018, que delega a Claudia Salamanca Moris, la facultad de firmar, bajo la fórmula "Por orden del Alcalde". 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 febrero de 2024.

Sra. Claudia Donoso Donoso

Sr. Rosendo Galleguillos Valdenegro

Sra. Sara Paola Daza Gallardo

Sra. Hilda Yáñez Lisboa

Sra. Fresia Hernández Hernández.

Sr. Gabriel Echeverría Rubio

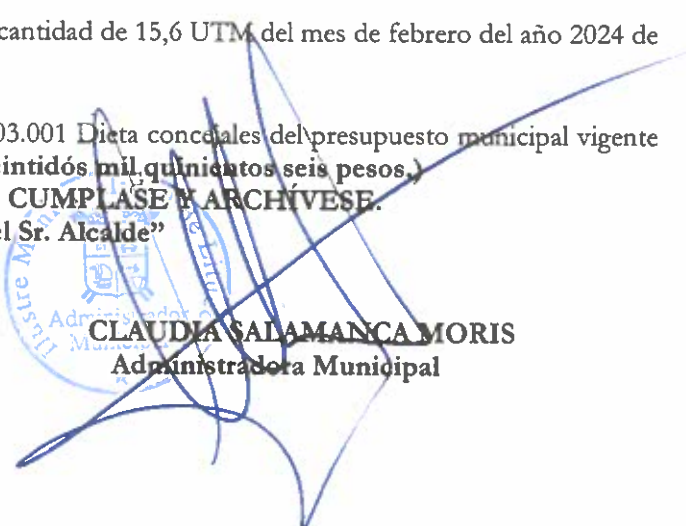
2.- **CANCELASE** a cada uno de los señores concejales la cantidad de 15,6 UTM del mes de febrero del año 2024 de acuerdo a su asistencia.

3.- **IMPUTASE** el presente gasto al subtitulo 215.21.04.003.001 Dieta concejales del presupuesto municipal vigente año 2024, por un monto de \$6.022.506.- (seis millones veintidós mil quinientos seis pesos.)

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, CUMPLASE Y ARCHÍVESE.

"Por Orden del Sr. Alcalde"


LAURA TURIBE SILVA
Secretaría Municipal
Cable: RPV-115
DISTRIBUCIÓN
Secretaría Municipal
Dep. Finanzas
Of. Partes


CLAUDIA SALAMANCA MORIS
Administradora Municipal

Dieta Concejales



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
Secretaría Municipal

PLANILLA DE PAGO ASIGNACIÓN MENSUAL H. CONCEJALES DE LITUECHE
MES DE FEBRERO DEL 2024

Valor UTM FEBRERO 2024	\$ 64,343
No. UTM a percibir en el mes	15.6

Nombre Concejal	R.U.T.	Asistencias	Monto a Percibir	Impuesto Unico	Total a Pagar	Firma
Sara Daza Gallardo		4	1,003,751	5,405	998,346	
Hilda Yanez Lisboa		4	1,003,751	5,405	998,346	
Fresia Hernandez Hernandez		4	1,003,751	5,405	998,346	
Gabriel Echeverria Rubio		4	1,003,751	5,405	998,346	
Claudia Donoso Donoso		4	1,003,751	5,405	998,346	
Rosendo Galleguillos Valdenegro		4	1,003,751	5,405	998,346	
TOTAL			6,022,506	32,430	5,990,076	

Ilustre Municipalidad de Litueche
Secretaría Municipal
LADRA PERIBE SILVA
Secretario Municipal

Ilustre Municipalidad de Litueche
Claudia Salamanca Moris
Administradora Municipal





CLÍNICA ODONTOLÓGICA
LFUECHE

CERTIFICADO

Se informa que la paciente Claudia Donoso Donoso rut 14.245.388-6, fue atendida en este establecimiento el día 21 de febrero 2024 donde se encuentra en tratamiento odontológico integral con implantes oseointegrados.

Se emite presente certificado para ser presentado en su trabajo

A la

Marcelo Cáceres Reyes
Cirujano Dentista
13.568.925-4

Marcelo Cáceres Reyes

13568925-4

Cirujano Dentista

Lfueche, 04 de marzo 2024



CLÍNICA ODONTOLÓGICA
LLUICHE

CERTIFICADO

Se informa que la paciente Claudia Donoso Donoso rut 14.245.388-6, fue atendida en este establecimiento el día 21 de febrero 2024 donde se encuentra en tratamiento odontológico integral con implantes oseointegrados.

Se emite presente certificado para ser presentado en su trabajo

Ayer

Marcelo Cáceres Reyes
Cirujano Dentista
13568925-4

Marcelo Cáceres Reyes

13568925-4

Cirujano Dentista

Uttueche, 04 de marzo 2024

PM

IOM SpA

Serrano 755, Melipilla, Melipilla - Teléfono 2200.102.05

JOSE GABRIEL ECHEVERRIA RUBIO

10604808-7

03-05-1969 (54 años)

Blanca Ruby Valencia Bustamante

25630195-4

29-02-2024 11:54

Nombre del paciente

RUT del paciente

Fecha nacimiento paciente

Dra. Responsable

RUT

Fecha

Orden Médica

PACIENTE QUE ACUDE A EVALUACION OFTALMOLOGICA

IDX: H.S

SE INDICA LENTES PERMANENTES

Dra. Blanca Ruby Valencia B.



Oftalmologa

R.U.T 25.630.195 - 4



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

DAZA APELLIDO PATERNO GALLARDO APELLIDO MATERNO SARA PAOLA NOMBRES 11614515 - 4 RUN
20022024 FECHA OTORGAMIENTO 19022024 FECHA INICIO REPOSO 54 EDAD F SEXO
05 N° DE DIAS CINCO N° DE DIAS EN PALABRAS

Documento firmado electrónicamente
FIRMA TRABAJADOR

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN
FECHA NACIMIENTO

A.3 TIPO LICENCIA

1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN
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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
1
RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE 2 = SI 1 = SI 2 = NO INVALIDEZ
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO
HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN MES AÑO

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1 = REPOSO LABORAL TOTAL
2 = REPOSO LABORAL PARCIAL
1
SÓLO 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)
DIRECCIÓN CALLE N° DEPTO. COMUNA Litueche
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) 09-94432344

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

MUÑOZ APELLIDO PATERNO PINO APELLIDO MATERNO SEBASTIÁN AN NOMBRES 18627462 - 8 RUN
REG. COLEGIO PROFESIONAL CORREO ELECTRÓNICO ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL 1 = MÉDICO 2 = DENTISTA 3 = MATRONA
9-96939210/ TELEFONO/FAX Cardenal Caro N 728, Litueche DIRECCIÓN Documento firmado electrónicamente FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR BERNARDO O

61606800-8727233709020022024

RUNTELEFONOFECHA DE RECEPCIÓN LICENCIA POR EL EMPLEADOR(DDMMAAAA)

CARDENAL CARO728LITUECHE

LITUECHE

COMUNACÓDIGO COMUNAL USO COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR

0 = AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA.
1 = MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS.
2 = INDUSTRIAS MANUFACTURERAS.
3 = CONSTRUCCION.
4 = ELECTRICIDAD,GAS Y AGUA.
5 = COMERCIO.
6 = TRANSPORTE ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES
7 = FINANZAS, SEGUROS, BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES Y OTROS
8 = SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
9 = ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA

8

OCUPACION

11 = EJECUTIVO O DIRECTIVO
12 = PROFESOR.
13 = OTRO PROFESIONAL
14 = TECNICO
15 = VENDEDOR
16 = ADMINISTRATIVO
17 = OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL,
18 = TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR
19 = OTRO (ESPECIFICAR).

16

C.2. IDENTIFICACIÓN DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

REGIMEN PREVISIONAL

21= D.L. 3501 INP.
2= D.L. 3500 A.F.P.

CÓDIGO3LETRA (CAJA PREV)

NOMBREINT. PREV. CUPRUM

CALIDAD DEL TRABAJADOR

1 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY N° 18.834.
2 = TRABAJADOR SECTOR PUBLICO NO AFECTO A LA LEY N° 18.834
3 = TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO
4 = TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

1

SEGURO DE DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC11 = SI
2 = NO

Contrato de duración indefinida11 = SI
2 = NO

01051993

01051993

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL (DDMMAAAA) FECHA DE CONTRATO DE TRABAJO (DDMMAAAA)

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4 ó 7

D

A = SERVICIO DE SALUD
B = ISAPRE
C = C.C.A.E.
D = EMPLEADOR

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 ó 6

E = SERVICIO DE SALUD
F = MUTUAL
G = INP
H = EMPLEADOR

EMPLEADOR

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO



Licencia Médica
Otorgada para cotizante FONASA
DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES



CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3. INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B
(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E
3	11	2023	30	\$ 0	\$ 2.304.192	\$ 0	0
3	12	2023	30	\$ 0	\$ 1.998.500	\$ 0	0
3	01	2024	30	\$ 0	\$ 986.001	\$ 0	0

% DESAHUCIO

0

0

Remuneración imponible previsual mes anterior inicio licencia médica (tope 109.8 UF) para trabajador afiliado a AFC

EN CASO DE LICENCIAS MATERNALES (TIPO 3) SE DEBE LLENAR ADEMÁS EL RECUADRO SIGUIENTE

CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART.10 DFL. N°44,1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
				IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 73.2 UF)		
	MES	AÑO	N° DÍAS			MONTO	N° DÍAS
	A			B	C	D	E

La información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados

C 4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

1

1 = SI
2 = NO

ART. 13 El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles de recepcionado el documento

TOTAL DIAS	DESDE			HASTA		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
1	20	12	2023	20	12	2023
2	24	10	2023	25	10	2023
3	20	09	2023	22	09	2023

Documento firmado electrónicamente

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. Datos Profesional

Profesional : MUÑOZ PINO, SEBASTIÁN ANDRÉS

Rut : 18627462-8

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Dirección : Cardenal Caro N 728, Litueche - Tel: 9-96939210

2. Datos Trabajador

Nombre : DAZA GALLARDO, SARA PAOLA

Rut : 11614515-4

Edad : 54

Sexo : Femenino

Tipo Licencia : 1. Enfermedad o Accidente Común

3. Datos Reposo

Fecha Inicio : 19-02-2024

N° Días : 5

Fecha término Tipo : 23-02-2024

Lugar : Domicilio

Dirección : dario prado 1101, Litueche

Teléfono : 09-94432344

Reposo Total

4. Estado de la licencia

Estado : Pronunciada para pago

Fecha Última Modificación : 21-02-2024 09:40 hrs.

Motivo Anulación :

Motivo Rechazo :

Motivo Devolución :

5. Datos del Empleador

Rut del Empleador : 61606800-8

Fecha de Recepción : 20-02-2024

Fecha de envío a pronunciamiento : 20-02-2024 15:57 hrs.

6. Datos de pronunciamiento

N° Resolución : 61-40526

Fecha Resolución : 21-02-2024

Desde : 19-02-2024

Hasta : 23-02-2024

Días Autorizados : 5 días

Causa del Rechazo :

Pendiente por :

Derecho a subsidio : A

Reposo : Reposo Total

Días previos : 0

Puede revisar el estado de su licencia en www.licencia.cl en el apartado de trabajador ingresando con el siguiente Folio: **99240010-2** y código de verificación: **I-c7e606**

El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Si el que cometiere la conducta señalada en el inciso anterior fuere un facultativo se castigará con las mismas penas y una multa de cincuenta a quinientas unidades tributarias mensuales. Asimismo, el tribunal deberá aplicar la pena de inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas durante el tiempo de la condena.

En caso de reincidencia, la pena privativa de libertad se aumentará en un grado y se aplicará multa de setenta y cinco a setecientas cincuenta unidades tributarias mensuales.

Artículo 202 del Código Penal.