República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA Nº 257 / 2018.-

ZAPALLAR, 15 de Enero de 2018.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades", Sentencia de Proclamación Rol Nº 2489/2016 del Tribunal Electoral V Región de Valparaíso, de fecha 05 de Diciembre de 2016, que me nombra Alcalde de la Comuna; D.F.L. Nº 1-3063 de 1980, que aprueba traspaso de servicios públicos, Decretos Supremos de Educación Nºs 10.868, 10.869, 10.872 y 10.873, inclusive, que traspasan a la Ilustre Municipalidad de Zapallar los Establecimientos Educaciones de la Comuna; La Resolución Nº 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República; Decreto de Alcaldía N° 6.545/2017, de fecha 29 de Septiembre de 2017, que delega firma del señor Alcalde en el señor Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- Memorándum N° 43/2018, de fecha 15 de Enero de 2018, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.
- Memorándum N° 029/2017 de fecha 15 de Enero de 2018 emitido por la Directora (I) Departamento de Educación.

DECRETO:

AUTORIZASE a la funcionaria del Departamento de Educación, doña **CAMILA GALLARDO MATURANA,** Cédula de Identidad N° 18.517.386-0, funcionaria Depto. de Educación, para que haga uso de **PERMISO POST NATAL PARENTAL completo,** desde el 18 de Enero de 2018 al 12 de Abril de 2018.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.,

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR SECRETARIO MUNICIPAL

G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR ADMINISTRADOR MUNICIPAL

JORGE DE LA FUENTE SEPULVEDA
Administrador Municipal
"Por Orden del señor Alcalde"

C: Educación / Permiso Administrativo

DISTRIBUCION:
1.- DEPTO. DE EDUCACION.
2.- CONTRALORIA REGIONAL.
3.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

CTL / SEC / ffd.-

República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM N° 43/2017

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 15 de Enero de 2018

A : ANTONIO MOLINA DAINE
SECRETARIO MUNICIPAL

DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Permiso Postnatal Parental:

- Permiso Post Natal Parental de la Funcionaria **Camila Gallardo Maturana,** Cédula de Identidad N° 18.517.386-0, a contar del 18 de Enero de 2018 hasta el 12 de Abril de 2018.

Saluda atentamente a usted,

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR R.R.H.H.

JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución
- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/maf

RECIBIDO
2 3 ENE 2018
SECRETARIA MUNICIPAL

República de Chile
Municipalidad de Zapallar
Departamento de Educación

029/2017

MEMORANDUM.: Nº_____/

REF.: REMITE CARTA AVISO EMPLEADOR

Zapallar, 15 de Enero del 2017

DE : ANGELA RAFFO MUJICA
DIRECTORA (I) DEPARTAMENTO DE EDUCACION

A : CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Por medio del presente, solicito a usted *decretar* y *regularizar* carta aviso empleador Permiso Postnatal Parental completo de la Srta. **Camila Gallardo Maturana**, cédula de Identidad N° **18.517.386-0**, a contar del **18 de Enero del 2018 al 12 de Abril del 2018.**

Sin otro particular, le saluda atentamente.

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
DIRECTOR DAEM
EDUCADOR

ANGELA RAFFO MUJICA
DIRECTORA (I) DEPARTAMENTO DE EDUCACION

DISTRIBUCIÓN:
1.- Sr. Cristóbal Solís Lobos
Enc. Unidad Recursos Humanos
2.- Archivo: DAEM

ARM/ jso / 2018 memo 029

ANEXO N° 5

MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR
PERMISO POSTNATAL PARENTAL COMPLETO

SR.
.....Ilustre Municipalidad de Zapallar.....
(Nombre del empleador)
.....German Riesco 399 Zapallar.....
(Domicilio)

PRESENTE

Yo.....Camila Gallardo Maturana.....,
RUT N°.....18.517.386-0....., comunico a Ud. que haré uso del permiso postnatal parental completo, desde el...18 Enero del 2018.....

Camila G.

FIRMA TRABAJADORA

NOTAS:
Podrán solicitar este beneficio quienes al 17 de octubre de 2011 hubieren terminado su descanso postnatal, siempre y cuando, el menor hubiere tenido menos de 24 semanas de edad a la fecha indicada.

El presente aviso debe ser enviado al empleador con a lo menos 5 días de anticipación a la fecha en que se hará uso del permiso postnatal parental completo. Con todo, dicho aviso deberá enviarse antes que el menor cumpla 24 semanas de edad.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre Empleador: Angela Kaffo

RUT: 10097666-2

Fecha recepción: 15-1-18

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
DIRECTOR
DAEM
EDUCACIÓN

FIRMA y TIMBRE

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.

RECIBIDO
15 ENE. 2018
Daem Zapallar

Licencia Médica

Nº2- 46094921

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 PUBLICO: 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	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
GALLARDO	MATURANA	CAMILA

RUN: 18517386-6

FECHA EMISION LICENCIA: 13/11/17

FECHA INICIO DE REPOSO: 26/10/17 (DIA MES AÑO)

FECHA DE NACIMIENTO: 04/03/94

EDAD: 23

M ó F: F

Nº DE DIAS: 84

Nº DE DIAS EN PALABRAS: OCHENTA Y CUATRO

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
ARAYA	GALLARDO	MARIANO

FECHA DE NACIMIENTO: 26/10/17

RUN: 25966955-3

A.3. TIPO DE LICENCIA

3

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 (1 = SI, 2 = NO)

INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ: (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO: (DIA MES AÑO)

HORA: (HORA MINUTOS)

TRAYECTO: (1 = SI, 2 = NO)

FECHA DE LA CONCEPCION: 02/17 (MES AÑO)

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

1= REPOSO LABORAL TOTAL
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL: (A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE)

LUGAR DE REPOSO: 1 — 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3):

DIRECCION DE REPOSO

CALLE: ROSA PEREZ UICU

Nº: 243

DPTO:

VILLA O POBLACION: CACHAGUA

COMUNA: PAPALLAR

TELEFONO:

CELULAR: 0974169176

CORREO ELECTRONICO:

RECEPCIONADO 14 NOV 2017 MUNICIPALIDAD DE PAPALLAR DAEM

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
VENEGAS	SOTO-AGUILAR	L

ESPECIALIDAD: CIRUJANA 1 (1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA)

RUN: 4172974-0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 7610-4

CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE: AV LIBERTAD

Nº: 1405

COMUNA: VIÑA DEL MAR

FIRMA DEL PROFESIONAL

32 21778480

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPIN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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.

1= SI
2= NO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION SUMINISTRADA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TOTAL DIAS	DESDE DIA	DESDE MES	DESDE AÑO	HASTA DIA	HASTA MES	HASTA AÑO

SECCION C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR DEPTO EDUCACION

RUN: 69050400 - 6

TELEFONO: 33 2296800

FECHA RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR: DIA 14 MES 11 AÑO 17

DIRECCION DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR: GERMAN RIESCO 399

COMUNA: ZAPALLAR

CIUDAD: ZAPALLAR

CODIGO 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, PROFESIONALES Y OTROS
8= SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES
9= ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA
10= CONTRATO PLAZO FIJO

[8]

OCUPACION

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

[14]

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

FECHA RECEPCION LICENCIA POR CCAF:

REGIMEN PREVISIONAL

1= D.L. 3501 IPS
2= D.L. 3500 A.F.P.

[2]

CODIGO: LETRA (CAJA PREV.):

NOMBRE INT. PREV.: AFP. PLANVITAL

CALIDAD DEL TRABAJADOR

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

[2]

SEGURO DE DESEMPLEO

- Trabajador Afiliado a AFC: [2] 1= SI 2= NO
- Contrato de duración indefinida: [1] 1= SI 2= NO

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: DIA 28 MES 04 AÑO 15

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: DIA 28 MES 04 AÑO 15

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACION

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7

A= COMPIN
B= ISAPRE
C= C.C.A.F
D= EMPLEADOR

[C]

SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5 & 6

E= COMPIN
F= MUTUAL
G= ISL
H= EMPLEADOR

[ ]

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: CAJA LOS ANDES

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

LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS SECTORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA.
LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. I-3063/80 ADEMAS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E
	10	17	30		621.406		
	09	17	30		525.411		
	08	17	30		461.123		
	07	17	30		398.570		
	06	17	30		422.226		

% DESAHUCIO: ,

Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 U.F.) para trabajador afiliado a AFC.

$

(INFORMACION DE MESES ANTERIORES A LA FECHA DE LA INCAPACIDAD)

CODIGO INSTITUCION PREVISIONAL	MES AL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES			REMUNERACIONES IMPONIBLES EXCEPTO LAS OCASIONALES QUE CORRESPONDA A UN PERIODO SUPERIOR A UN MES (ART. 10 DFL. Nº 44, 1978)		SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL	
	MES	AÑO	Nº DE DIAS	IMPONIBLE DESAHUCIO PARA TRABAJADORES CORP. MUNICIPAL Y PUBLICOS	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES PARA PENSIONES Y SALUD (TOPE 60 U.F.)	MONTO	Nº DE DIAS
	A			B	C	D	E

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

Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente