República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDÍA Nº 557 / 2018.-

ZAPALLAR, 30 de Enero de 2018.-

VISTOS:

LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988 "Orgánica Constitucional de Municipalidades"; Decreto de Alcaldía N° 2.489/2016 de fecha 05 de Diciembre de 2016 del Tribunal electoral V Región Valparaíso que me nombra Alcalde de la Comuna de Zapallar; 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 Nº 64/2018, de fecha 30 de Enero de 2017, emitido por el Encargado de Recursos Humanos.

DECRETO:

CURSESE LICENCIA MÉDICA, del funcionario de la Municipalidad de Zapallar, que se individualiza, según detalle:

Nombre / Cargo	Nº Licencia	Nº días	Desde	Hasta
JAIME CHACANA TAPIA Inspector Seguridad y Emergencia	20180100004903	06	27.01.2018	01.02.2018

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE 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: RRHH / Licencia Médica.

DISTRIBUCION:
1.- RECURSOS HUMANOS.
2.- OFICINA DE TRANSPARENCIA.
3.- REGISTRO SIAPER.
4.- ARCHIVO: SECRETARIA MUNICIPAL.

CTL / SEC / ffd.-

República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Recursos Humanos

MEMORANDUM Nº 64/2018

ANT.: Elaboración de Decreto Alcaldicio

MAT.: Informa lo que indica

ZAPALLAR, 30 de Enero de 2018

Nº 557
30/01

A : ANTONIO MOLINA DAINE
SECRETARIO MUNICIPAL

DE : JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Mediante el presente, solicito a usted decretar la siguiente Orden de reposo:

- Orden de Reposo N° 20180100004903 de la Funcionario **Jaime Chacana Tapia,** Cédula de Identidad N° 17.482.005-8, inspector Dpto. Seguridad y emergencia, por 6 días a contar del 27 de Enero de 2018 hasta el 01 de Febrero de 2018.

Saluda atentamente a usted,

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
JEFE

JUAN CRISTOBAL SOLIS LOBOS
ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

Distribución
- SECRETARIA MUNICIPAL.
- Archivo memorándum

JCSL/maf

RECIBIDO
30 ENE 2018
SECRETARIA MUNICIPAL

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD

ist
especialistas en prevención

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso:

Fecha de Emisión: 29.01.2018.

Folio:

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: Municipalidad de Zapallar.
RUT: 69.050.400-6
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Germán Riesco #399
Comuna: Zapallar.
Número de Teléfono: 33.2296800
Actividad Económica: Municipal.
N° de Trabajadores: 259 Hombres 55 Mujeres
Propiedad de la Empresa: [X] Pública [ ] Privada
Tipo de Empresa: [X] Principal [ ] Contratista [ ] Subcontratista [ ] De Servicios Transitorios
Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: JAIME. CHACANA TAPIA.
RUN: 17.482.005-8.
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): JOSÉ MARIA MERCADO N° 452 CATAPILCO
Comuna: ZAPALLAR
Número de Teléfono: 9-85554805
Sexo: [X] Hombre [ ] Mujer
Edad: 27
Fecha de Nacimiento: 24/03/1990
Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: [ ] Alacalufe [ ] Colla [X] Quechua [ ] Otro - Cuál ? [ ] Atacameño [ ] Diaguita [ ] Rapanui [ ] Aimara [ ] Mapuche [ ] Yamana (Yagán) [ ] Ninguno
Nacionalidad: CHILENO
Profesión u Oficio:
Antigüedad en la Empresa: 11. [ ] Días [X] Meses [ ] Años
Tipo de Contrato: [ ] Indefinido [ ] Plazo Fijo [X] Por Obra o Faena [ ] Temporada
Tipo de Ingreso: [ ] Remuneración Fija [ ] Remuneración Variable [ ] Honorarios
Categoría Ocupacional: [ ] Empleador [X] Trabajador Dependiente [ ] Trabajador Independiente [ ] Familiar no Remunerado [ ] Trabajador Voluntario

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: 27/01/2018
Hora del Accidente: 03:45 [X] A.M. [ ] P.M.
Hora de Ingreso al Trabajo: 20:30 [ ] A.M. [ ] P.M.
Hora de Salida del Trabajo: 04:00 [X] A.M. [ ] P.M.
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): JOSÉ MARIA MERCADO FRENTE AL N° 452 CATAPILCO
Comuna: ZAPALLAR
Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: TRASLADANDO VALLAS PAPALES
Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.): VÍA PUBLICA FRENTE AL N° INDICADO
Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: AL TERMINO DEL FESTIVAL DE LA VOZ DE CATAPILCO CIRCUNSTANCIAS QUE ORDENAVA Y TRASLADAR DE VALLAS PAPALES FUE GOLPEADO EN FORMA CASUAL POR UNA DE ESTAS EN EL TENDON DE SU TOBILLO IZQUIERDO RESULTANDO CON DOLOR E INCHADO.
Señale cuál era su trabajo habitual: FUNCIONARIO SEGURIDAD
¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? [X] SI [ ] NO
Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744): [ ] Grave [ ] Fatal [X] Otro
Tipo de Accidente: [X] Trabajo [ ] Trayecto
Si es accidente de Trayecto, responda: Tipo de accidente de Trayecto: [ ] Domicilio - Trabajo [X] Trabajo - Domicilio [ ] Entre dos Trabajos
Medio de Prueba: [ ] Parte de Carabineros [ ] Declaración [ ] Testigos [ ] Otro
Detalle del Medio de Prueba:

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: Cristobal Solis Lobos.
RUN: 16.058.556-0
Número de Teléfono: 33.2296762.
Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): [X] Empleador [ ] Trabajador/a [ ] Familiar [ ] Médico Tratante [ ] Comité Paritario [ ] Empresa Usuaria [ ] Otro

MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
JEFE R.R.H.H.
Firma

ORIGINAL

CERTIFICADO DE RENTAS IMPONIBLES

ist
cuidando la vida

Nombre del Trabajador: Jaime Sebastián Chueca Tapia

RUT: 17.482.005-8

Fecha de Ingreso a la Empresa: [redacted]

Trabajador: Dependiente [redacted] Independiente [redacted]

Nombre Empresa: I. Municipalidad de Zapallar

RUT: 69.050.400-6

Nombre AFP/ Caja: Provida

Nombre ISAPRE/FONASA: Fonasa

Monto Mensual Pactado con la ISAPRE: UF [redacted] $ [redacted] % [redacted]

AFECTO SEGURO DE DESEMPLEO SI [redacted] NO [redacted]

A. F. P. Recaudadora del Seguro, **sólo afiliados al I.N.P.** .....

No Incluir en la Información 2% Aporte Patronal

Mes y Año				OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	
Días Trabajados				30.	27	30.	
Sueldo Base				619.200.	557.280	619.200.	
Gratif. Legal	(mensual)	si ☐	no ☐				
Gratif. Voluntaria	(mensual)	si ☐	no ☐				
Sobretiempo				195.537	166.206	0.	
Comisiones	(mensual)	si ☐	no ☐				
BONO PRODUCCION	(mensual)	si ☐	no ☐				
TRATOS [redacted]							
Otras remuneraciones imponibles y tributables							
a)	(mensual)	si ☐	no ☐				
b)	(mensual)	si ☐	no ☐				
c)	(mensual)	si ☐	no ☐				
d)	(mensual)	si ☐	no ☐				
TOTAL RENTA IMPONIBLE				814737	723486	619200	
Menos:							
Cotizaciones Previsionales (AFP/Caja)				93.287	82839	70898	
Cotizaciones de Salud (ISAPRE/FONASA)				57.032	50644	43.344	
Cotizaciones Seguro de Desempleo (0,6%)							
Impuesto Unico				1.312			
TOTAL RENTAS NETAS				663106	590003	504958	

Si el accidentado no trabajó algún período de los meses solicitados, indicar período y motivo, en caso de licencia adjuntar colilla de pago.

Oficiales y Tripulantes: Fecha de Baja [redacted]

Fecha de Desembarco [redacted]

La Compañía canceló hasta el [redacted]

Las imposiciones de la Renta imponible del mes anterior fueron ENTERADAS [redacted] o DECLARADAS [redacted]

el ENERO en el Instituto de Seguridad del Trabajo.

NOTA: *Se hace la presente Declaración en conocimiento de las disposiciones de la Ley 12.084, que prescribe sanciones penales para los Empleadores y/o Trabajadores que entreguen datos falsos u oculten los antecedentes a los Organismos de Previsión.*

Fecha 30/01/2018

I. MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR
JEFE R.R.H.H.

Firma y Timbre Adherente

COD. 950-0728