



REPUBLICA DE CHILE  
PROVINCIA DE LINARES  
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
Departamento de Personal

DECRETO EXENTO N°: 2015 /

PARRAL, Junio 16 del 2010.-

VISTOS:

- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en la ley N° 18.883 de 1989, Ley que Aprueba el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- 3.- El Decreto Exento N° 515, de fecha 09.04.1996.-

DECRETO

1.- **AUTORIZASE**, a don **JAVIER CARVALLO SAEZ**, Directivo, Grado 8° E.M.R., por Quince (15) días de Licencia Médica, a contar del 23.06.2010, debiendo reasumir a sus funciones el día 08.07.2010.

2.- **DESIGNASE**, como Director de Obras Municipales Subrogante, por los días señalados, a la Srta. **JIMENA GUTIERREZ MENDEZ**, Directivo Grado 7° E.M.R,

ANOTESE, REFRENDESE Y COMUNIQUESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE.



*[Handwritten signature]*  
JAQUELINE SILVA SALDIAS  
JEFE DE PERSONAL

*[Handwritten signature]*  
ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.(02)
- Administración.

SECCION C : RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

RUT: 69130300-R  
 TELEFONO: 230600  
 Direccion donde cumple funciones el trabajador: **Municipalidad de Parray**  
 Ciudad: **Parray**  
 Comuna: **Parray**  
 Fecha Recesion Licencia por el Empleado: **23/06/00**  
 Dia: **23** Mes: **06** Año: **00**

CODIGO COMUNAL: **11**  
 CODIGO COMUNAL USUARIO: **11**

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

**8**

**OCCUPACION**  
 1 = PROFESOR.  
 2 = OTRO PROFESIONAL.  
 3 = TECNICO.  
 4 = VENDEDOR.  
 5 = ADMINISTRATIVO.  
 6 = OPERARIO, TRABAJADOR MANO DE OBRAS.  
 7 = TRABAJADOR DE CASA PARTICIPAR.  
 8 = OTRO ESPECIFICAR.

**11**

**REGIMEN PREVISIONAL**  
 1 = D.L. 3501 INF.  
 2 = D.L. 3500 AFP.

**2**

CODIGO INT. PREV.: **018**  
 LETRA (CAJA PREV.): **A-F P R O U V A**

FECHA PRIMERA AFILIACION ENTIDAD PREVISIONAL: **18/10/85**  
 DIA: **18** MES: **10** AÑO: **85**

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 1-2-3-4-6-7**  
 A = SERVICIO DE SALUD  
 B = ISAPRE  
 C = C.A.P.  
 D = EMPLEADOR

**D**

**SUBSIDIO LICENCIA TIPO 5-6**  
 E = SERVICIO DE SALUD  
 F = MUNICIPAL  
 G = INP  
 H = EMPLEADOR

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA RENTAS: **Parray**

FECHA CONTRATO DE TRABAJO: **01/01/99**  
 DIA: **01** MES: **01** AÑO: **99**

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS V/O SUBSIDIOS

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO: **MUNICIPALIDAD DE Parray**

CODIGO INSTITUCION	MENSUAL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES	A		B	C	D	E
		MES	AÑO				
08	03	2000	03	1.933.557			
08	04	2000	04	1.933.557			
08	05	2000	05	1.933.557			

CODIGO INSTITUCION	MENSUAL CUAL CORRESPONDEN LAS REMUNERACIONES	A		B	C	D	E
		MES	AÑO				

