

N°	INSTITUCIÓN	RUN	SEXO (HOMBRE /MUJER)	FECHA DE NACIMIENTO (DD-MM-AAAA)	ESTAMENTO (AUXILIAR/ADMINISTRATIVO/ TÉCNICO/PROFESIONAL/ DIRECTIVO)	GRADO 2018 (SI APLICA)	CALIDAD CONTRACTUAL (HONORARIO/CONTRATA/ PLANTA)	INICIO DE LA CONTRATACIÓN (DD-MM-AAAA)	TÉRMINO DE LA CONTRATACIÓN (DD-MM-AAAA) (Contratación vigente)	POSEE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD OTORGADA POR COMPIN (SI/NO)	POSEE RND (SI/NO)	POSEE PENSIÓN DE INVALIDEZ * (SI/NO)
1	I.Municipalidad de Santa María	Dato Personal	Hombre	06/09/1992	Auxiliar	No Aplica	Código del Trabajo	01/04/2016	Indefinido			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

*PENSIÓN DE INVALIDEZ SEGÚN LO SEÑALADO EN EL ART.3 DEL REGLAMENTO DEL ARTÍCULO 45 DE LA LEY N°20.422.
 CONTEMPLA LAS SIGUIENTES PENSIONES:
 -PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE INVALIDEZ (PBSI), OTORGADA POR EL ESTADO (IPS)
 -PENSIÓN POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DEL TRABAJO, LEY N°16.744
 -PENSIÓN DE INVALIDEZ ENTREGADA POR LAS AFP O ANTIGUO SISTEMA, LEY N°3.500

MES	INDICAR NÚMERO DE PERSONAS CON CONTRATO VIGENTE PARA CADA MES	EL NÚMERO DE FUNCIONARIOS A CONTABILIZAR MENSUALMENTE, CORRESPONDERÁ A AQUEL QUE PERMANECE CONTRATADO AL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DE CADA MES.
ABRIL	1	
MAYO	1	
JUNIO	1	
JULIO	1	
AGOSTO	1	
SEPTIEMBRE	1	
OCTUBRE	1	
NOVIEMBRE	1	
DICIEMBRE	1	