



Comunicado Gestión de Personas Servicio Local de Educación Pública Elqui

Sistema de Salud

Las personas que pertenecen al sistema de salud de Isapre, deben solicitar el cambio de empleador a partir de 1 de julio de 2025, trámite que se realiza, a través de las plataformas de cada Isapre.

Para la solicitud de la documentación necesaria para efectuar el cambio dirigirse a correo electrónico gestiondepersonas@slepelqui.gob.cl

Si presenta licencia médica a partir del 1 de julio de 2025, debe informar al médico tratante su nuevo empleador con el siguiente detalle: Servicio Local de Educación Pública Elqui, Rut: 61.981.040-6 ubicado en calle Huanhualí N°565, La Serena.

Cargas Familiares

Para solicitar la asignación familiar en el Servicio Local de Educación Pública Elqui el funcionario(a) debe presentar los siguientes documentos: cedula de identidad vigente, certificado de nacimiento del causante y de sus cargas familiares (hijos, cónyuge, entre otros), y si corresponde certificado de alumno regular.

Asimismo, el interesado deberá hacer llegar a Gestión de Personas los siguientes formatos de declaraciones:

- Declaración jurada beneficiario solicitante de asignación familiar.
- Declaración jurada causante de asignación familiar.
- Declaración jurada de ingresos para actualización del valor de la asignación familiar.
- Solicitud de asignación familiar.

Dicho esto, completado el proceso anterior se procede a verificar si en plataforma PIAS se encuentra el funcionario apto para el reconocimiento del causante (hijo(a), cónyuge, entre otros).

Es importante mencionar que, si su carga familiar se encuentra vigente en el anterior empleador, no podremos acreditarla. Pero se ha establecido con las cajas de compensaciones anteriores, una extinción masiva de las cargas familiares, para poder así completar el proceso de reconocimiento de la carga familiar desde SLEP.



**DECLARACION JURADA
(Beneficiario solicitante de Asignación Familiar)**

Por la presente yo, _____,
domiciliado(a) en _____
_____, Rut _____, declaro bajo
juramento que (esposa) e (hijos) _____
_____ vive(n) a mis
expensas desde _____ y que no percibe(n) ninguna renta igual o
superior al monto fijado para la Asignación Familiar, que conozco y asumo las
responsabilidades establecidas sobre las materias y que el beneficio en referencia no
está afecto a las incompatibilidades que la ley señala para disfrutar de él.

LA SERENA, _____ **2025.**

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A



**DECLARACION JURADA
(Causantes de Asignación Familiar)**

Por la presente yo, _____,
domiciliado en _____,
RUT _____, declaro bajo juramento que vivo a expensas de
_____ y no percibo ninguna renta igual o superior al monto fijado
para la Asignación Familiar, que conozco y asumo las responsabilidades
establecidas sobre la materia y que el beneficio en referencia no está afecto a las
incompatibilidades que la ley señala para disfrutar de él.

LA SERENA, _____ 2025.

FIRMA DEL O LA CAUSANTE



DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS PARA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR DE LA ASIGNACIÓN FAMILIAR

Yo, _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUT

En mi condición de **trabajador / pensionado** (tarjar lo que no corresponde) de:

SERVICIO LOCAL DE EDUCACIÓN ELQUI RUT **61.981.040-6**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR / ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES RUT

DECLARO:

(Elija la alternativa a) ó b) según corresponda a su situación)

a) **NO HABER PERCIBIDO OTROS INGRESOS** durante el período de enero a junio de 2024, adicionales a las **remuneraciones / pensiones** que percibí de mi **empleador / entidad de previsión**, antes señalado.
(tarjar lo que no corresponda)

FIRMA DEL TRABAJADOR O PENSIONADO

FECHA DE LA DECLARACIÓN		
DÍA	MES	AÑO

b) **HABER PERCIBIDO MAS DE UN INGRESO**, conforme al siguiente detalle:

AÑO 2024	a) Remuneración con Mismo Empleador	b) Otras Remuneraciones con Distintos Empleadores	c) Renta Trabajador Independiente	d) Subsidios	e) Pensiones Misma Entidad	f) Otras Pensiones	g) Total Ingresos (a+b+c+d+e+f)
MESES	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
TOTAL \$							

Los trabajadores contratados por obras, faenas o plazo fijos no superiores a seis meses deberán adicionalmente declarar los ingresos percibidos en el primer semestre del año anterior:

AÑO 2024	a) Remuneración con Mismo Empleador	b) Otras Remuneraciones con Distintos Empleadores	c) Renta Trabajador Independiente	d) Subsidios	e) Pensiones Misma Entidad	f) Otras Pensiones	g) Total Ingresos (a+b+c+d+e+f)
MESES	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
TOTAL \$							

FIRMA DEL TRABAJADOR O PENSIONADO

FECHA DE LA DECLARACIÓN		
DÍA	MES	AÑO

USO EXCLUSIVO EMPLEADOR O ENTIDAD ADMINISTRADORA SEGÚN CORRESPONDA

_____	_____	_____
INGRESO PROMEDIO	TRAMO ASIGNACIÓN FAMILIAR	VALOR UNITARIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR SIMPLE SEGÚN TRAMO (\$)

USO EXCLUSIVO ENTIDAD ADMINISTRADORA
FECHA DE PROCESAMIENTO EN EL PIAS

V° B°

DÍA	MES	AÑO

FIRMA Y TIMBRE DE RECEPCIÓN DE LA ENTIDAD

SOLICITUD DE ASIGNACION FAMILIAR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Grado E.U.S.

ESCALAFON:	CEDULA DE IDENTIDAD:
------------	----------------------

UNIDAD DE DESEMPEÑO: _____

A. ASIGNACION FAMILIAR POR EL (LOS) SIGUIENTES(S) CAUSANTES(S)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NACIMIENTO	PARENTESCO	SEXO

B. PRORROGA DE ASIGNACION FAMILIAR POR EL (LOS) SIGUIENTES(S) CAUSANTE(S)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	SEXO

C. CESE DE LA(S) SIGUIENTE(S) ASIGNACION (ES) FAMILIAR (ES)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	SEXO

CAUSA PARA EL CESE QUE SOLICITA: _____

DOCUMENTOS QUE ACREDITAN PETICION: (MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA)

Certificado de Matrimonio () Declaración Jurada Simple Causante ()
 Certificado de Nacimiento () Declaración Jurada Simple Beneficiario ()
 Certificado de Estudios () Fotocopia Cese Funciones o contrato trabajo Causante ()
 Certificado de Defunción ()

OBSERVACIONES GENERALES : _____

El suscrito(a) acredita con los documentos que acompaña, la efectividad de los datos consignados y declara conocer las disposiciones relativas a este beneficio, señaladas en el DFL 150/81 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

FIRMA FUNCIONARIO(A)