



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorándum N° 008

As. Ses.

De: Secretario Municipal  
A: Jefe Dpto. Admn. y Finanzas  
Sra. Jeannette Ruiz Maureira  
c.c : Secretaría de Concejo  
Fecha: Angol, Agosto 31 de 2017  
1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de Agosto de 2017, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias	Sesión Extraordinaria	Total
	01/08 08/08 22/08	29/08	
AMERICO LANTAÑO MUÑOZ	X X X	X	4
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	X X X	X	4
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X X X	X	4
MARGARET MOLINA GALLEGOS	LICENCIA MÉDICA	LICENCIA MÉDICA	-----
SERGIO PAREDES MONTOYA	X X X	COMISIÓN DE SERVICIO	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	X X REPOSO MEDICO	1	3

Cabe señalar que la Concejala Margaret Molina Gallegos ha presentado 2 Licencias Médicas desde el 21.07.2017 al 19.08.2017 y posteriormente desde el 22.08.2017 al 05.09.2017, razón por la que no asistió a las Sesiones de Concejo del mes Agosto.

El Concejala Sergio Paredes Montoya no asistió a la Sesión Extraordinaria de fecha 29 de Agosto por encontrarse participando en el Congreso Nacional de Concejales, desde el 29 de Agosto al 01 de Septiembre en la ciudad de Puerto Montt.

Se adjunta Dictamen de Contraloría N° 54.294 de fecha 15.07.2014 que establece en el inciso 4° de la Ley 18.695 que no se consideran las inasistencias de Concejales motivadas en el cumplimiento de cometidos expresamente autorizados por el propio Concejo.

La Concejala Beatriz Sanhueza Araya, no asistió a la Sesión Ordinaria de fecha 22 de Agosto por encontrarse con Reposo Médico desde el 22 al 24 de Agosto de 2017.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Agosto de 2017.

Atentamente,



MARIO BARRAGÁN SALGADO  
CONTADOR AUDITOR  
SECRETARIO MUNICIPAL  
Ministro de Fe



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA MUNICIPAL

## Certificado



**MARIO BARRAGÁN SALGADO**, Secretario Municipal y Ministro de Fe del H. Concejo Municipal, certifica:

Que, los Sres. Concejales que se indican en Planilla de Asistencia, han asistido a 3 Sesiones Ordinarias del Concejo Municipal y 1 Sesión Extraordinaria desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 25 de fecha 01.08.2017
- Sesión Ordinaria N° 26 de fecha 08.08.2017
- Sesión Ordinaria N° 27 de fecha 22.08.2017
- Sesión Extraordinaria N° 03 de fecha 29.08.2017

NOTA: Cabe señalar que la Concejala Margaret Molina Gallegos ha presentado 2 Licencias Médicas desde el 21.07.2017 al 19.08.2017 y posteriormente desde el 22.08.2017 al 05.09.2017, razón por la que no asistió a las Sesiones de Concejo del mes Agosto.

El Concejala Sergio Paredes Montoya no asistió a la Sesión Extraordinaria de fecha 29 de Agosto por encontrarse participando en el Congreso Nacional de Concejales, desde el 29 de Agosto al 01 de Septiembre en la ciudad de Puerto Montt.

Se adjunta Dictamen de Contraloría N° 54.294 de fecha 15.07.2014 que establece en el inciso 4° de la Ley 18.695 que no se consideran las inasistencias de Concejales motivadas en el cumplimiento de cometidos expresamente autorizados por el propio Concejo.

La Concejala Beatriz Sanhueza Araya, no asistió a la Sesión Ordinaria de fecha 22 de Agosto por encontrarse con Reposo Médico desde el 22 al 24 de Agosto de 2017.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Agosto de 2017.

En Angol, a 31 días del mes de Agosto de 2017.-

MBS/rmh







ANGOL, Agosto 01 de 2017

**DECRETO EXENTO N° 2704**

**VISTOS:**

a) La Licencia Médica del Servicio Nacional de Salud, presentada por la Sra. Margaret Molina Muñoz, quien solicita hacer uso de reposo por motivos de salud;

b) La Resolución N° 1600 de fecha 30 de Octubre de 2008 de la Contraloría General de la República, normas sobre exención del trámite toma de razón;

c) La facultad que me confiere la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N° 18.695 de 1998 y sus modificaciones;

**DECRETO**

1. Autorízase a la Concejal para que hagan uso de Licencia Médica:

NOMBRE	Días	Desde	Hasta
MARGARET MOLINA GALLEGOS	30	21.07.2017	19.08.2017

2.- Póngase en conocimiento de la Secretaría de Concejo para los fines del caso.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE ARCHIVESE.**



NELSON HERRERA ORELLANA  
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

JENN/NHO/ksf

**Distribución:**

- ☒ Interesado
- ☒ Secretaría de Concejo
- ☒ Archivo Of. de Partes.



JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA  
ALCALDE DE ANGOL



Licencia Médica

Nº 2 - 55009936

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 RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (MOLINA), APELLIDO MATERNO (GALLAGOS), NOMBRES (MANUEL), RUN (08814497), FECHA EMISION LICENCIA (21/07/17), DIA (21), MES (07), AÑO (17), FECHA DE NACIMIENTO (05/04/63), EDAD (54), SEXO (F), N° DE DIAS (30), N° DE DIAS EN PALABRAS (TREINTA).

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).

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form fields for license type: 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. Includes fields for RECUPERABILIDAD LABORAL, INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, TRAYECTO, FECHA DE LA CONCEPCION.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form fields for rest characteristics: 1= REPOSO LABORAL TOTAL, 2= REPOSO LABORAL PARCIAL, SOLO PARA REPOSO PARCIAL, A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE, LUGAR DE REPOSO (1= SU DOMICILIO, 2= HOSPITAL, 3= OTRO DOMICILIO), JUSTIFICAR SI ES OTRO (3), DIRECCION DE REPOSO, CALLE, Nº, DPTO, VILLA O POBLACION, COMUNA, TELEFONO, CELULAR, CORREO ELECTRONICO.

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (GODOY), APELLIDO MATERNO (RODRIGUEZ), NOMBRES (HUGO), ESPECIALIDAD (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA), RUN (13814307), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (25595-5), DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION (CLINICA MAYOR, TERRENO), FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL PROFESIONAL, DR. HUGO GODOY RODRIGUEZ, RUT: 13.814.307-4, RCM: 25595-5.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Form fields for independent worker identification: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

Form fields for previous licenses: TOTAL DIAS, DESDE, HASTA, DIA, MES, AÑO.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

trabajados.





24 AGO. 2017

ANGOL,

DECRETO EXENTO N°

2895

VISTOS:

a) La Licencia Médica del Servicio Nacional de Salud, presentada por la Sra. Margaret Molina Muñoz, quien solicita hacer uso de reposo por motivos de salud;

Gallagos

b) La Resolución N° 1600 de fecha 30 de Octubre de 2008 de la Contraloría General de la República, normas sobre exención del trámite toma de razón;

c) La facultad que me confiere la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades N° 18.695 de 1998 y sus modificaciones;

DECRETO

1. Autorízase a la Concejal para que hagan uso de Licencia Médica:

NOMBRE	Días	Desde	Hasta
MARGARET MOLINA GALLEGOS	15	22.08.2017	05.09.2017

Secretaría de Concejo para los fines del caso.

2.- Póngase en conocimiento de la

ANÓTESE, COMUNÍQUESE ARCHIVESE.



MARIO BARRAGAN SALGADO  
SECRETARIO MUNICIPAL



JOSÉ ENRIQUE NEIRA NEIRA  
ALCALDE DE ANGOL

JENN/MBS/ksf

Distribución:

- ☒ Interesado
- ☒ Secretaría de Concejo
- ☒ Archivo Of. de Partes.



# Licencia Médica

Nº 2 - 55751355

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

MOLINA GILLESBO S MARGARIT 1		08814497 - K	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	
210817		220817	
FECHA INICIO DE REPOSO		DIA MES AÑO	
FECHA EMISION LICENCIA		MUNICIPALIDAD DE ANGOL	
15		23 AGO. 2017	
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS	
QUINCE		23 AGO. 2017	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
SEXO		F	

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año post-natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

CORRESPONDENCIA OFICIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		RUN	

### A.3. TIPO DE LICENCIA

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= SI 2= NO		INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1= SI 2= NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		DIA MES AÑO	
HORA MINUTOS		TRAYECTO 1= SI 2= NO	
FECHA DE LA CONCEPCION		MES AÑO	

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL		SOLO PARA REPOSO PARCIAL		A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE	
LUGAR DE REPOSO 1= SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO		JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION DE REPOSO					
CALLE					
Nº DPTO					
VILLA O POBLACION					
COMUNA					
TELEFONO					
CORREO ELECTRONICO					

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

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

GODOY RODRIGUEZ HUGO		TURUMUWOO	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES		ESPECIALIDAD	
13814307 - Y		25595 - 5	
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION			
CALLE			
COMUNA			
FIRMA DEL TRABAJADOR			
FIRMA DEL PROFESIONAL			

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
---	--

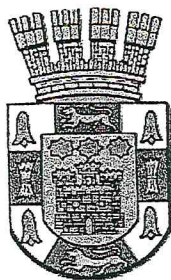
Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

1= SI	2= NO
-------	-------

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA		MES		AÑO	
DIA		MES		AÑO	

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES





REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

2017

DE : Secretario Municipal  
A : Jefe Dpto. Admn. y Finanzas  
Sra. Jeannette Ruiz Maureira  
c.c : Administrador Municipal  
Sr. José Luis Bustamante Oporto  
Archivo: Secretaría de Concejo  
Fecha: Angol, 23 de Agosto de 2017.

MEMORANDUM  
N° 473

De conformidad a Sesión Ordinaria N° 27 de fecha 22.08.2017, el Concejo Municipal acordó aprobar la participación del Concejal SERGIO PAREDES MONTOYA en el Congreso Nacional de Concejales, organizado por la Asociación Chilena de Municipalidades a realizarse desde el 29 de Agosto al 01 de Septiembre de 2017 en la ciudad de Puerto Montt, debiéndose cancelar el Cometido correspondiente.

1. En virtud de lo anterior, me permito solicitar Trato Directo con la Asociación Chilena de Municipalidades por cuanto es la única que efectuará el Congreso referido.
2. Lo indicado, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 10, N° 4 del Reglamento de la Ley N° 19.886 de Compras Públicas que señala las circunstancias en que procede la Contratación Directa y siendo en este caso la participación del Concejal SERGIO PAREDES MONTOYA en el Congreso señalado, se procederá de acuerdo a la ley mediante contratación directa.  
El monto de la contratación asciende a \$250.000- por participante.
3. Se adjunta el Cometido correspondiente (DESDE EL 29 DE AGOSTO AL 01 DE SEPTIEMBRE).
4. El viaje será realizado en BUS, debiéndose elaborar el Giro Global correspondiente.
5. La Ficha de Inscripción fue enviada oportunamente a la Asociación Chilena de Municipalidades.
6. Se adjunta Convocatoria de la ACHM, Programa respectivo y Ficha de Inscripción.

Consultas: comunicaciones@achm.cl.

Le saluda atentamente,

Por orden del Sr. Alcalde.

Se autoriza Trato Directo  
conforme ART. 10 N° 4 del  
Reglamento de Compras Públicas, para  
contratar con la ACHM,  
por la suma de \$200.000.-  
Angol, 25/8/2017.

MBS/rmh



MARIO BARRAGÁN SALGADO  
CONTADOR AUDITOR  
SECRETARIO MUNICIPAL  
Ministro de Fe





saracastillo122@hotmail.com, Carlos Crisóstomo Gatica <parcelascuracautin@hotmail.com>, rleticiame@gmail.com, concejalorellana@muniercilla.cl, orellanar1@hotmail.com, espana.bf@gmail.com, concejalabarra@muniercilla.cl, concejalabarra@monticello.cl, emilia\_veronica12@hotmail.com, Denisse Navarro <denisse.navarroq@gmail.com>, Juan Arévalo <concejalarevalo@muniercilla.cl>, VICTOR GUTIERREZ <vicgutierrezp@gmail.com>, Victor Nazario Gutierrez Pacheco <concejalgutierrez@muniercilla.cl>, ahuaiquillan@gmail.com, sergio moreno <SRGMOREM@gmail.com>, patricio\_lagos2004 <patricio\_lagos2004@yahoo.es>, patricio lagos cofre <plagos.lonquimay@gmail.com>, pedro mella <pedroalfredo55@gmail.com>, Pedro Alfredo <pedroalfredo@gmail.com>, aniciasotoc@gmail.com, gastoncalluqueo@gmail.com, Patricio Novoa <pnovoa16@gmail.com>, jbadilla@munilossauces.com, jbadillae@yahoo.com, Jaime Badilla <jaimebadilla35@gmail.com>, benjamin eduardo garces Guzman <guzman.edo@gmail.com>, Eduardo Garcia <jeduardogarcia7@gmail.com>, pesbienvenido@gmail.com, Mirko Valdebenito <mirkovaldebenito@gmail.com>, javier.painequeo@hotmail.com, Ivan Sanhueza Familiar <radicalivanlumaco@gmail.com>, Irenia Quintana Gonzalez <ireniaquintana@hotmail.com>, santiagoguidotticea@gmail.com, Ramon Gino Lleubul Cabeza <rglleubul@gmail.com>, Jorge Rivera Leal <jorgedoliver@hotmail.com>, alcaldia puren <municiprenalcaldia@hotmail.com>, Rafael Rivas Troncoso <rafaelrivastro@gmail.com>, sandra valderrama <svalderrama77@gmail.com>, htrangulao300@gmail.com, RICARDO AQUILES LATORRE MANRIQUEZ <rlatorre17@gmail.com>, gerardo ancamilla <gerardopuren@gmail.com>, odovico inzunza <odoinzunza@gmail.com>, olimpico renaico <rivasdeportes@hotmail.com>, patriciobellmar@hotmail.es, patriciobellmar.fuentes@outlook.es, Felipetukas@hotmail.com, claudio\_vilataleochoa@hotmail.com, administracion@jama72.cl, Aurelio Tejos <aureliotejos16@gmail.com>, miguel Fuentesaburto@yahoo.es, Iris Norma Fuentes <irinorma@gmail.com>, Essio Guidotti <essioguidotti@gmail.com>, Rosa Huentelao Pichuleo <rositha.huentelao@gmail.com>, cssconcejal@yahoo.com, ossescerna@hotmail.com, MARCELO VEGA MELINAO <marceloalejandrovegamelinao@gmail.com>, chano.concejal@hotmail.com, PAULO CESAR MIRANDA ARANEDA <paulomiranda.araneda@gmail.com>, tornadoariel@hotmail.com, Marco Baratta <mbarattab@gmail.com>, mpainiqueo@munilumaco.cl, painiqueo@yahoo.com  
Cco: enrique.neira@angol.cl

*Estimados Concejales (as) de la Región de la Araucanía :*

*Un saludo cordial y el especial encargo del Presidente y Directorio de Amra de informar sobre actividades de interés para la gestión Municipal y para ustedes:*

**9 y 10 de Agosto :** Taller sobre Atención primaria de salud - Valdivia . Organiza ACHM ; sin costo inscripción.

**18 Agosto :** Encuentro Regional de Concejales de la Araucanía ; Salón Ulises Valderrama ; Edificio Intendencia. Temuco ; Organiza grupo concejales distintas bancadas; apoya Amra. ; sin costo.

**29 Agosto al 1 de Septiembre .** Congreso Nacional de Concejales ; Organiza ACHM ; inscripción ; **Puerto Montt ; \$250.000 inscripción.**

Adjunto envío programa y convocatoria de las actividades de la ACHM

Agradecida de la atención , le saluda atentamente ,

**Miriam Sepulveda Mora**

**Amra**

**Cel. 95690283**


**Fijo 45 2 464093**

**wsp +56 9 95690283**

**Prat 696 - oficina 307 - Edificio Plaza Centenario**

**4 archivos adjuntos**

 **Programa Taller APS Valdivia.pdf**  
254K

 **Convocatoria Taller APS Valdivia 9 y 10 de Agosto.pdf**  
207K

 **Programa Encuentro Nacional de Concejales Pto Montt.pdf**  
647K

 **Convocatoria Congreso Concejales Pto Montt.pdf**  
678K





**Estimados (as)**  
**Concejales (as)**  
**Presente:**

Junto con saludarles muy cordialmente y resaltar la labor que desarrollan cada uno de ustedes en los 345 Concejos Municipales, tenemos el grato honor de invitarlos a participar en el **Encuentro Nacional de Capacitación para Concejales: Transparencia y Probidad, Pilares del Trabajo Hacia la Comunidad**, que se realizará en la ciudad de **Puerto Montt**, entre los días 29 de agosto y 1 de septiembre de 2017.

Este encuentro tiene entre otros objetivos ofrecer un espacio de reflexión y debate a los concejales del país, en los temas que están cruzando la agenda pública y particularmente los referidos a las materias señaladas.

Asimismo, queremos profundizar los fundamentos y herramientas que permitan reforzar los planteamientos de las regiones en el debate público actual, buscando afianzar posturas comunes respecto de una política nacional de descentralización, subrayando que los Municipios son el epicentro de cualquier proceso de descentralizador.

Compartimos el diagnóstico que el actual modelo municipal presenta deficiencias que deben ser abordadas con altura de miras y pensando en el futuro del país.

Sabemos que nuestro diario contacto con la ciudadanía nos demanda ser más audaces en nuestro quehacer y nos invita a avanzar en favor de un municipio más eficiente y participativo.

Atentamente,

**Felipe Delpin Aguilar**  
**Presidente**  
**Asociación Chilena de Municipalidades**

**Emeterio Carrillo Torres**  
**Presidente**  
**Comisión Concejales AChM**



ESTABLECIMIENTO: CSF ALEMANIA

FOLIO URGENCIA: 113417

NOMBRE: BEATRIZ CECILIA SANHUEZA ARAYA  
EDAD: 25A 6M 4D  
NACIMIENTO: 18/02/1992  
DOMICILIO: REHUE N°286  
Nº TELEFONO FIJO: 45-712478

RUT: 18.008.915-2  
PREVISION: BENEFICIARIO B  
SEXO: FEMENINO  
COMUNA/REGIÓN: ANGOL/ARAUCANIA  
Nº TELEFONO CELULAR: 09-53981564

SIGNOS VITALES

HORA:	21:52
PRESIÓN SISTÓLICA:	140 [mmHg]
PRESIÓN DIASTÓLICA:	85 [mmHg]
PULSO:	103 [puls/min]
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	-
SATURACIÓN OXÍGENO:	98 [%]
TEMPERATURA AXILAR:	37.6 [°C]
TEMPERATURA RECTAL:	-
GLICEMIA:	-
EVA:	-

DATOS ADMISIÓN

PROCEDENCIA: DOMICILIO - CSF ALEMANIA  
ACOMPAÑANTE: SIN ACOMPAÑANTE  
LLEGADA: OTRO  
ACCIDENTE: NINGUNO  
TIPO ATENCIÓN ADULTO  
ADMISIÓN: 22/08/2017 21:45:16  
MOTIVO CONSULTA: MALESTAR RESPIRATORIO

CATEGORIZACIÓN:

C5

OBS. TRIAGE: ANT: RESISTENCIA A LA INSULINA, HIPOTIROIDISMO PACIENTE PRESENTA DOLOR TORÁCICO AL TOSER, TOS PRODUCTIVA, MIALGIAS, IRRITACIÓN OCULAR REFIERE TERCIANAS ANOCHE, REFIERE SENSACIÓN DE ASFIXIA  
ALERGIAS: NO

ANAMNESIS:

ACUDE POR CONGESTION NASAL TOS CON FLEMA Y MOLESTIAS MUSCULARES

EXAMEN FÍSICO

PULMONES ESTERTORES BILAT.

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA

GRIPE SOBRE INFECT.

DIAGNÓSTICO

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

ESTADO

SOSPECHA

ACTIVIDADES

CONSULTA MORBILIDAD URGENCIA

Cant. : 1    Obs. : SIN OBS.

INDICACIONES MÉDICAS INTRABOX

INDICACIONES FARMACOLOGICAS AL ALTA

MEDICAMENTO

AMOXICILINA/AC. CLAVULANICO CM 500/125 MG  
PARACETAMOL CM 500 MG  
IBUPROFENO CM 400 MG  
CLORFENAMINA CM 4 MG  
SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG/DO  
AEROCAMARA ADULTO

INDICACIÓN MÉDICA

1 CADA 8 HRS. X 7 DIAS  
1 CADA 8 HRS. X 3 DIAS  
1 CADA 8 HRS. X 3 DIAS  
1 CADA 8 HRS. X 3 DIAS  
2 PUFF. CADA 6 HRS. X 7 DIAS  
1 U.

CIERRE DE CASO CLÍNICO

DESTINO INMEDIATO: DOMICILIO  
FECHA / HORA ATENCIÓN CLÍNICA: 22-08-2017 21:59:22  
TIPO EGRESO: CON ATENCION  
FECHA / HORA EGRESO: 22-08-2017 22:05:59  
TIEMPO DE CONTROL: NO CORRESPONDE

PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN

Dr. Luis Quintana Cid  
Médico Cirujano

Rut: 18.017.692-2  
6017692-2