



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorándum Nº 01
As. Ses.

De: Secretario Municipal
A: Jefe Dpto. Admn. y Finanzas
 Sra. Jeannette Ruiz Maureira
c.c: Secretaría de Concejo
Fecha: Angol, 31 de Enero de 2018.-

1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de **ENERO 2018** para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	02/01	09/01	10/01	
AMÉRICO LANTAÑO MUÑOZ	X	X	X	3
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	X	X	X	3
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X	X	X	3
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X	X	X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X	X	X	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	X			1

Cabe señalar que la Concejala Beatriz Sanhueza Araya no asistió a las Sesiones de Concejo los días 09.01.2018 y 10.01.2018 por encontrarse bajo Licencia Médica desde el día 09 al 10 de Enero de 2018.

En virtud de lo anterior, se debe proceder al pago íntegro de la Dieta del mes de Abril a los Sres. Concejales.

Atentamente;



MARIO BARRAGAN SALGADO
CONTADOR AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL
Ministro de Fe

MBS/yfc.-



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 desde su inicio al término de ellas, las que se informan:

- Sesión Ordinaria N° 01 de fecha 02.01.2018
- Sesión Ordinaria N° 02 de fecha 09.01.2018
- Sesión Ordinaria N° 03 de fecha 10.01.2018

La Concejala Beatriz Sanhueza, no asistió a las Sesiones de Concejo de los días 09.01.2018 y 10.01.2018, en atención a que presentó una Licencia Medica desde el día 09.01.2018 hasta el día 10.01.2018

Lo anterior, para proceder a la cancelación de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Enero de 2018.-

En Angol, a 31 días del mes de Enero de 2018.-

MBS/yfc.-



Licencia Médica

Nº 1 - 37894757

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 periodo 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 periodo 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

Sanhueza Araya Beatriz CGC
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
100718 090118
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
2 005
Nº DE DIAS Nº DE DIAS EN PALABRAS

18008915 - 2
RUN
180292 25
FECHA DE NACIMIENTO EDAD
M 6 F
F
SEXO

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).

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO
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
1
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 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

Firma del Trabajador

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

Marchant Elizabel Marcela
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
16854205 - 9
RUN
33997 - 0
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CAUTIN
CALLE
AN60L
COMUNA

537
Nº

CORREO ELECTRONICO

45 2519000

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN 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 recepción del documento.

1= SI
2= NO

TABLETA DE LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Trabajadores.