



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorandum N° 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 Concejal 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;

MBS/yfc.-



MARIO BARRAGAN 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 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 Concejal 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.-**

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 PÚBLICO: 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

SANTUEZA ARAYA BEATRIZ CEC

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

100118

FECHA INICIO  
DE REPOSO

090118  
DIA MES AÑO

FECHA EMISION LICENCIA

3

100118  
DIA MES AÑO

18008915

RUN

M 6 F

180292

25

F.

Nº DE DIAS

100

Nº DE DIAS EN PALABRAS

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).

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

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  
1= REPOSO LABORAL TOTAL  
2= REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA  
REPOSO PARCIAL

A= MAÑANA  
B= TARDE  
C= NOCHE

1 = SU DOMICILIO 2= HOSPITAL 3= OTRO DOMICILIO

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCION DE REPOSO

REQUÉ

CALLE

286

DPTO

VILLA O POBLACION

ANGOL

COMUNA

TELEFONO

9552981564

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)

MARINA BRIAN DE MARCOS

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

16854205-4

RUN

33997-0

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

1  
1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CAUTIN

CALLE

ANGOL

COMUNA

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica  
antes del COMPIN o las 24 horas correspondiente, dentro de los tres  
días hábiles siguientes de recibo del documento.

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

TOTAL DIAS	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HASTA	DESDE

trabajador.