



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorandum N° 004

As. Ses.

De: Secretario Municipal  
A : Jefe Dpto. Admn. y Finanzas  
Sra. Jeannette Ruiz Maureira  
c.c : Secretaría de Concejo ✓  
Fecha: Angol, Abril 30 de 2018

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

| Concejales                   | Sesiones Ordinarias | Sesión Extraordinaria (Cuenta Pública) | Total |
|------------------------------|---------------------|--|-------|
|                              | 03/04 10/04 17/04   | 26/04                                  |       |
| AMERICO LANTAÑO MUÑOZ        | X X X               | X                                      | 4     |
| BERNARDA VALENZUELA ABURTO   | -----               | -----                                  | ----- |
| MAXMILIANO RADONICH RADONICH | X X X               | X                                      | 4     |
| MARGARET MOLINA GALLEGOS     | X X X               | X                                      | 4     |
| SERGIO PAREDES MONTOYA       | X X X               | X                                      | 4     |
| BEATRIZ SANHUEZA ARAYA       | X X X               | X                                      | 4     |

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias ni a la Sesión Extraordinaria del mes de Abril, por encontrarse haciendo uso de Licencias Médicas:  
Detalle:

Licencia Médica N° 56170641 por 10 días, desde el 02/04/2018 al 11/04/2018, Dr. León Hoffmann  
Licencia Médica N° 56897480 por treinta días, desde el 17/04/2018 al 16/05/2018, Dr. Claudio Espejo

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

Atentamente,

MBS/rmh.-



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 y 1 Sesión Extraordinaria del Concejo Municipal desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 10 de fecha 03.04.2018
- Sesión Ordinaria N° 11 de fecha 10.04.2018
- Sesión Ordinaria N° 12 de fecha 17.04.2018
- Sesión Extraordinaria N° 01 de fecha 26.04.2018 (Cuenta Pública)

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias ni a la Sesión Extraordinaria del mes de Abril, por encontrarse haciendo uso de Licencias Médicas:

Detalle:

- Licencia Médica N° 56170641 por 10 días, desde el 02/04/2018 al 11/04/2018, Dr. León Hoffmann
- Licencia Médica N° 56897480 por treinta días, desde el 17/04/2018 al 16/05/2018, Dr. Claudio Espejo

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

En Angol, a 30 días del mes de Abril de 2018.

MBS/rmh



# Licencia Médica

Nº 2 - 56170641

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

|                            |      |                        |                        |         |    |    |  |
|----------------------------|------|------------------------|------------------------|---------|----|----|--|
| VALENZUELA AGUATO PERUARIA |      |                        |                        |         |    |    |  |
| APELLIDO PATERNO           |      | APELLIDO MATERNO       |                        | NOMBRES |    |    |  |
| 020418                     |      | FECHA INICIO DE REPOSO |                        | 02      | 04 | 18 |  |
| FECHA EMISION LICENCIA     |      | DIA                    | MES                    | AÑO     |    |    |  |
| 10                         | DÍAS |                        | Nº DE DIAS EN PALABRAS |         |    |    |  |

12588303 - 6  
M 6 F

290174 44

EDAD

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<br>2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA<br>3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL<br>4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO<br>5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO<br>6= ENFERMEDAD PROFESIONAL<br>7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO |  |                             |  |  |  |  |  |  |
| RECUPERABILIDAD   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI |  |  |  |  |  |
| LABORAL   | <input type="checkbox"/> 2 = NO            | DE INVALIDEZ                | <input checked="" type="checkbox"/> 2 = NO |  |  |  |  |  |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  |  |                             |  |  |  |  |  |  |
|   | DIA  | MES                         | AÑO  |  |  |  |  |  |
| HORA MINUTOS  |  |                             |  |  |  |  |  |  |
| TRAYECTO  | 1 = SI                                     | <input type="checkbox"/>    |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DE LA CONCEPCION  |  |                             |  |  |  |  |  |  |
| MES AÑO   |  |                             |  |  |  |  |  |  |

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|                                   |   |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 1                                 | 1= REPOSO LABORAL TOTAL<br>2= REPOSO LABORAL PARCIAL                                    |  |  |  |  |  |
| SOLO PARA                         |   |  |  |  |  |  |
| REPOSO PARCIAL                    |   |  |  |  |  |  |
| A= MAÑANA<br>B= TARDE<br>C= NOCHE |   |  |  |  |  |  |
| LUGAR DE REPOSO                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1= SU DOMICILIO    2= HOSPITAL    3= OTRO DOMICILIO |  |  |  |  |  |
| JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)         |   |  |  |  |  |  |
| DIRECCION DE REPOSO               |   |  |  |  |  |  |
| JAVIERA CALLE RA                  |   |  |  |  |  |  |
| CALLE                             |   |  |  |  |  |  |
| Nº                                | 731   |  |  |  |  |  |
| DPTO                              |   |  |  |  |  |  |
| VILLA O POBLACION                 |   |  |  |  |  |  |
| ANGOL                             |   |  |  |  |  |  |
| COMUNA                            |   |  |  |  |  |  |
| TELEFONO                          |   |  |  |  |  |  |
| CELULAR                           | 44720933  |  |  |  |  |  |
| 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)

Hoffmann Leon Pegalo  
APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES

vinsciano  
ESPECIALIDAD

1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

07025832 - 3      RUN

16211 - 6      REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CORONEL JACABACA

Nº 745

  
FIRMA DEL PROFESIONAL

CALLE

Angol

TELÉFONO

45 2714028

COMUNA

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

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

|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| TOTAL DIAS | DESDE | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HASTA |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |
|            |       |     |     |     |     |     |     |       |

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COFIPIN o ISAPRE correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción de la documentación.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES



Ministerio de Salud  
La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE no tienen obligación de expedir licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiando de total a parcial y viceversa. Art.16 D.L. N°3/1984.

Nº 2 - 56897480

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

APPELLIDO PATERNO  
180418  
FECHA EMISION LICENCIA

APPELLIDO MATERNO  
ABONTO  
FECHA INICIO DE REPOSO

DIA MES AÑO

19 ABR 2018  
CORRESPONDENCIA  
RECIBIDA

12588305 - 6  
RUN  
44  
EDAD  
F  
SEXO

30  
Nº DE DIAS

Nº DE DIAS EN PALABRAS

FECHA DE NACIMIENTO

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

RUN

### 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).

FECHA DE NACIMIENTO

APPELLIDO PATERNO

APPELLIDO 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                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br><input type="checkbox"/> 2 = NO | INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br><input type="checkbox"/> 2 = NO |
| FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO |   |                             |   |
|  | DIA   | MES                         | AÑO   |
| HORA MINUTOS                                   |   |                             |   |
| TRAYECTO                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI<br><input type="checkbox"/> 2 = NO |                             |   |
| FECHA DE LA CONCEPCION                         |   |                             |   |
|  | MES   | AÑO                         |   |

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1= REPOSO LABORAL TOTAL<br>2= REPOSO LABORAL PARCIAL | SOLO PARA<br>REPOSO PARCIAL                         | <input type="checkbox"/> A= MAÑANA<br><input type="checkbox"/> B= TARDE<br><input type="checkbox"/> C= NOCHE |
| LUGAR DE REPOSO  | 1= SU DOMICILIO<br>2= HOSPITAL<br>3= OTRO DOMICILIO |  |
| JUSTIFICAR SI ES OPRO (3)  |   |  |
| DIRECCION DE REPOSO  |   |  |
| CALLE  |   |  |
| Nº   | DPTO  |  |
| VILLA O POBLACION  |   |  |
| COMUNA   |   |  |
| TELEFONO   | 9 44720933  |  |
| 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)

APPELLIDO PATERNO  
180418-8  
RUN

APPELLIDO MATERNO  
14643-2  
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

- 1= MEDICO
- 2= DENTISTA
- 3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CALLE  
COMUNA

Claudio Espejo San Cristobal  
Médico Psiquiatra

RUT: 7.097.487-8 • RCM: 14643-9

FIRMA DEL PROFESIONAL

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

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

| TOTAL DIAS | DESDE | HASTA | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
|------------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |
|            |       |       |     |     |     |     |     |     |

Art. 13 - El empleado deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o a su correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibiendo el documento.

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES