



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		
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 Concejala 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.,



MARIO BARRAGÁN SALGADO  
CONTADOR AUDITOR  
SECRETARIO MUNICIPAL  
Ministro de Fe

MBS/rmh.-



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 Concejala 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



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.

## SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VALENZUELA										ASUNTO										BERNARDA										12588303										6										
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN										M 6 F										
020418										FECHA INICIO DE REPOSO										020418										290174										44										F
FECHA EMISION LICENCIA										DIA MES AÑO										FECHA DE NACIMIENTO										EDAD										SEXO										
10										Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																														
Nº DE DIAS										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).

[illegible]

### A.3. TIPO DE LICENCIA

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>	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	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div>	1= SI 2= NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2</div>	1= SI 2= NO
----------------------------	---	----------------	--------------------------------	---	----------------

  

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span><span></span><span></span><span></span><span></span> </div>	DIA                      MES                      AÑO
---	--	---

  

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span><span></span><span></span><span></span> </div>	HORA                      MINUTOS	TRAYECTO	1= SI 2= NO	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
---	-----------------------------------	----------	----------------	--

---

FECHA DE LA CONCEPCION	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span><span></span><span></span><span></span> </div>	MES                      AÑO
------------------------	---	------------------------------

#### A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

1	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			
J A V I E R A   C A R R E R A			
CALLE			
7 3 1			
Nº			
DPTO			
V I L L A   O   P O B L A C I O N			
A N G O L			
COMUNA			
4 4 7 2 0 9 3 3			
TELEFONO			
CELULAR			
C O R R E O   E L E C T R O N I C O			

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)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>HOFFMAN LEON PEDRO</b></p> <p>APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRES</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><u>Odontólogo</u></p> <p>ESPECIALIDAD</p> </div> </div>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>07025832 - 3</b></p> <p>RUN</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>16211 - 6</b></p> <p>REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL</p> </div> </div>									
<p><b>DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION</b></p>									
<p><b>COROMEL JACARACA</b></p> <p>CALLE</p>									
<p><b>AUGOL</b></p> <p>COMUNA</p>									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>745</b></p> <p>Nº</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>45 2714028</b></p> <p>TELEFONO</p> </div> </div>									
<p><b>FIRMA DEL PROFESIONAL</b></p>									

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

<p> <b>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b> </p>
---

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

[illegible]

**C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**





La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en el caso de ser correspondiente, emite licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.L. Nº 3/1984.

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

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		CORRESPONDENCIA		RUN		M O F	
VACENORELA		ABUOTO		Diego Gabriel		RECIBIDA		12588303		6	
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		DIA MES AÑO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO	
18/04/18		17/04/18				25/01/79		44		F	
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS									
30		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).

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	

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

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

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		ESPECIALIDAD		FIRMA DEL TRABAJADOR	
ASPECTO		SN		CRISTOBAL CAMPO		Dentista			
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		CORREO ELECTRONICO		FIRMA DEL PROFESIONAL			
1097487-8		14643-9		745		Blasidio Espejo San Cristobal			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		CALLE		COMUNA		RUT: 7.097.487-8 • RCM: 14643-9			
LADARIA		Anpol							

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 recepción del documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES