



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

MEMORÁNDUM Nº 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 2018

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

Concejales	Sesiones Ordinarias	Total
	07/08 14/08 21/08	
AMERICO LANTAÑO MUÑOZ	X X X	3
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	---- ---- ----	----
MAXMILIANO RADONICH RADONICH	X X X	3
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X X X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X X X	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	---- X X	2

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Agosto, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 57974162 por 30 días, desde el 24.07.2018 al 22.08.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

La Concejal Beatriz Sanhueza Araya no asistió a Sesión Ordinaria de fecha 07.08.2018 por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 55912743 por 02 días, desde el 06.08.2018 al 07.08.2018, emitida por la Dra. Constanza Molina Arellano, la cual se adjunta.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Agosto 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 del Concejo Municipal desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 22 de fecha 07.08.2018
- Sesión Ordinaria N° 23 de fecha 14.08.2018
- Sesión Ordinaria N° 24 de fecha 21.08.2018

Cabe señalar que la Concejala **Bernarda Valenzuela Aburto** no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Agosto, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 57974162 por 30 días, desde el 24.07.2018 al 22.08.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra.

La Concejala **Beatriz Sanhueza Araya** no asistió a Sesión Ordinaria de fecha 07.08.2018 por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 55912743 por 02 días, desde el 06.08.2018 al 07.08.2018, emitida por la Dra. Constanza Molina Arellano.

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

En Angol, a 31 días del mes de Agosto 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. N° 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.

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APPELLIDO PATERNO: VARGAS APPELLIDO MATERNO: APOLO NOMBRES: CORRESPONDENCIA RECIBIDA 28/08/2013

FECHA EMISION LICENCIA: 28/07/12 FECHA INICIO DE REPOSO: 24/07/12 DIA MES AÑO

Nº DE DIAS: 30 N° DE DIAS EN PALABRAS: TREINTA

FECHA DE NACIMIENTO: 29/07/94 EDAD: 45 SEXO: M

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: 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: 731 DPTO: Nº: VILLA O POBLACION: Angol COMUNA: TELEFONO: 944720833 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)

APPELLIDO PATERNO: ESPINOSA APPELLIDO MATERNO: MORALES NOMBRES: ESPECIALIDAD: 1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA

RUN: 7097487-8 REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: 14643-9

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: Calle: COMUNA: CORREO ELECTRONICO: Médico Psiquiatra RUT: 7097.487-8 + RCM:14643-9

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 recepcionado el documento.

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)



Licencia Médica

Nº 2 - 55912743

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

SAN ALEJANDRO										ARELLANO										BEATRIZ																			
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES																			
07 08 18										FECHA INICIO DE REPOSO										96 08 18																			
FECHA EMISION LICENCIA										DIA										MES										AÑO									
02										10																													
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																													

18 008 915 - 2																													
RUN																													
18 02 92										26										M 6 F									
FECHA DE NACIMIENTO										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

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

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input checked="" type="checkbox"/> 1= REPOSO LABORAL TOTAL <input type="checkbox"/> 2= REPOSO LABORAL PARCIAL										SOLO PARA REPOSO PARCIAL <input type="checkbox"/>										A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE																			
LUGAR DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1= SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> 2= HOSPITAL <input type="checkbox"/> 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)

MOLINA										ARELLANO										JORDANA									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
12 153 154 - 5										36 154 - 1																			
RUN										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																			
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION										CALLE										COMUNA									
Nº										TEL FONO										CELULAR									

FIRMA DEL TRABAJADOR										ESPECIALIDAD										1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA									
Medicine General																				<input checked="" type="checkbox"/>									

CORREO ELECTRONICO

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-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 recepcionado el documento.									

Secretaría de Concejo Municipal																																							
08 AGO 2018																																							
CORRESPONDENCIA RECIBIDA																																							
HASTA										DIA										MES										AÑO									

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Trabajados.