



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

MEMORANDUM N° 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 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 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.

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

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		RECIBIDA	
760012		760012									
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		DIA		MES		AÑO		RUN	
760012		760012		1		0		00		760012	
Nº DE DIAS		100								FECHA DE NACIMIENTO	
Nº DE DIAS EN PALABRAS		Ciento								EDAD	
45										45	
SEXO										M F	

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

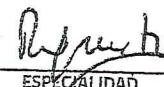
<input checked="" type="checkbox"/> 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN <input type="checkbox"/> 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA <input type="checkbox"/> 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL <input type="checkbox"/> 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO <input type="checkbox"/> 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO <input type="checkbox"/> 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO									
RECUPERABILIDAD LABORAL		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO			
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO				DIA		MES		AÑO	
TRAYECTO		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		HORA		MINUTOS			
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 <input type="checkbox"/> B= TARDE <input type="checkbox"/> 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						<input checked="" type="checkbox"/> 944920833	
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				FIRMA DEL TRABAJADOR	
760012		760012		Claudia Espinoza				 <input checked="" type="checkbox"/> 1= MEDICO <input type="checkbox"/> 2= DENTISTA <input type="checkbox"/> 3= MATRONA	
RUN									
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION									
CALLE									
COMUNA									
NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA COMPIN e ISAPRES									

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE									
									

TOTAL DIAS		DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO											

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE									
Arts. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibida la licencia médica.									
									

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SANTILLANA ARELLANO BETANZOS		NOMBRES		
APELLO PATERNO		APELLO MATERNO		NOMBRES
070818		060318		FECHA DE EMISIÓN LICENCIA
FECHA INICIO DE REPOSO		DIA	MES	AÑO
02	001	Nº DE DIAS EN PALABRAS		

18008918 - 2
RUN
13028226 26
FECHA DE NACIMIENTO
SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Art. 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	<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> 1 = SI			
LABORAL	<input type="checkbox"/> 2 = NO	DE INVALIDEZ	<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 type="checkbox"/> A	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA REPOSO PARCIAL	A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input 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			
206 DPTO			
VILLA O POBLACION			
ANTIGUA			
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)

SANTILLANA ARELLANO ARELLANO NOMBRES
APELLO PATERNO APELLIDO MATERNO
17153154 - 5 RUN
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL 36154 - 1

FIRMA DEL TRABAJADOR

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

ANTIGUA
CALLE
COMUNA

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 antes de el COMPI NI O ISAPRE correspondiente. Dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.			

Secretaría de Concejo Municipal		
08 AGO 2010		
DESDE	HASTA	MESES
ANO	DIA	MES

CORESPONDENCIA RECIBIDA

CA. LICENCIAS ANTERIORRES EN LOS 6 MESES

INFORMACIONES ALGOTRIO DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes de el COMPI NI O ISAPRE correspondiente. Dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

trabajadores.