



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorandum N° 005
As. Ses.

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

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

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	08/05	15/05	22/05	
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	X	3

Cabe señalar que la Concejala Bernarda Valenzuela Aburto no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Mayo, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 57156106 por 30 días, desde el 17.05.2018 al 15.06.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

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

Atentamente,

NHO/rmh.-



NELSON HERRERA ORELLANA
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL(S)
Ministro de Fe



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA MUNICIPAL

Certificado



NELSON HERRERA ORELLANA. Secretario Municipal (S) 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° 13 de fecha 08.05.2018
- Sesión Ordinaria N° 14 de fecha 15.05.2018
- Sesión Ordinaria N° 15 de fecha 22.05.2018

Cabe señalar que la Concejala Bernarda Valenzuela Aburto no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Mayo, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica N° 57156106 por 30 días, desde el 17.05.2018 al 15.06.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

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

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

NHO/rmh



Licencia Médica

Nº 2 - 57156106

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 PUBLICO: 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

Form fields for worker identification including: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, FECHA INICIO DE REPOSO, FECHA EMISION LICENCIA, N° DE DIAS, DIA, MES, AÑO, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, and N° 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).

Form fields for child identification including: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, and RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form fields for license type including: 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, INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ, FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, HORA, MINUTOS, TRAYECTO, and FECHA DE LA CONCEPCION.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form fields for rest characteristics including: 1= REPOSO LABORAL TOTAL, 2= REPOSO LABORAL PARCIAL, SOLO PARA REPOSO PARCIAL, A= MAÑANA, B= TARDE, C= NOCHE, LUGAR DE REPOSO, JUSTIFICAR SI ES OTRO (3), DIRECCION DE REPOSO, CALLE, Nº, DPTO, VILLA O POBLACION, COMUNA, TELEFONO, CELULAR, and 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)

Form fields for professional identification including: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUN, REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL, DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION, CALLE, COMUNA, ESPECIALIDAD, FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL PROFESIONAL, and RUT.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

Form fields for employer/employee identification including: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes al 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 ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)