



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorandum N° 10

As. Ses.

De: Secretario Municipal
A : Jefe Dpto. Admn. y Finanzas
Sra. Jeannette Ruiz Maureira
C.C : Secretaría de Concejo
Fecha: Angol, 31 de Octubre de 2018.-

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

Concejales	Sesiones Ordinarias			Sesiones Extraordinaria	Total
	02/10 09/10 16/10			30/10	
AMÉRICO LANTAÑO MUÑOZ	X	X	X	X	4
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	Lic/Med	X	X	X	3
MAXIMILIANO 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 1 Sesión Ordinaria del mes de Octubre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, 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 Octubre de 2018.

Atentamente;



MARIO BARRAGAN SALGADO
CONTADOR AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL
Ministro de Fe

MBS/yfc.-



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

2018



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 y una Sesión Extraordinaria desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 28 de fecha 02.10.2018
- Sesión Ordinaria N° 29 de fecha 09.10.2018
- Sesión Ordinaria N° 30 de fecha 16.10.2018
- Sesión Extraordinaria N° 002 de fecha 30.10.2018

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto, no asistió a 1 Sesiones Ordinaria del mes de Octubre por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, 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 Octubre.

Otorgado en Angol, a 31 día del mes de Octubre de 2018.

MBS/yfc



La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán recibir una solicitud de 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 PUBLICO: 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

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

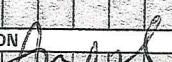
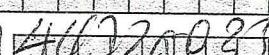
VACENTUZA			ABUNDO	BENIARDA	CORRESPONDENCIA	RECIBIDA	12088303	6
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			RUN	
050918		040918				290174	44	
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		DIA	MES	AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
30								
Nº DE DIAS	TREINTA						Nº DE DIAS EN PALABRAS	

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)

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES** **FECHA DE NACIMIENTO** - **RUN**

A.3. TIPO DE LICENCIA

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/>	1= REPOSO LABORAL TOTAL
<input type="checkbox"/>	2= REPOSO LABORAL PARCIAL
SOLO PARA	
<input type="checkbox"/> 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	
 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nº	DPTO
VILLA O POBLACION	
	
COMUNA	
 	
TELEFONO	
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)

INFORMACION DE DATOS PERSONALES (Todos los campos son obligatorios)		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
TOSTEDT		ROBERTO JAVIER
- 8		/44443 - 0
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		
CALLE		
ANEXA		
COMUNA		
Anapu		

FIRMA DEL TRABAJADOR

<u>Angela</u>	<u>1= MEDICO</u>
<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>2= DENTISTA</u>
<u>Claudia Espinoza San Cristobal</u>	<u>3= MATRONA</u>
<u>CORREO ELECTRONICO</u>	<u>11</u>
<u>PUT: Y.097.487-8</u>	<u>RCM:14643-9</u>
<u>FIRMA DEL PROFESIONAL</u>	
<u>118460</u>	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

INFORMACION DEGLIMITADOR DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

DESDE **HASTA**

1 = SI **2 = NO**

ART. 13 - El empleado o trabajador independiente que se refiere en el apartado anterior debe ser competente para desempeñar las habilidades y funciones de acuerdo a los términos establecidos en el contrato de trabajo.

ART. 13 - El empleado o trabajador independiente que se refiere en el apartado anterior debe ser competente para desempeñar las habilidades y funciones de acuerdo a los términos establecidos en el contrato de trabajo.

ARTICULOS ANEXOS EN LOS ULTIMOS 6 MESES