



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		
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 Concejala 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 Concejala 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 o emitir 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: APELLIDO PATERNO (VACENTUOLA), APELLIDO MATERNO (ARJONTO), NOMBRES (BERNARDA), FECHA EMISION LICENCIA (05/09/18), FECHA INICIO DE REPOSO (04/09/18), FECHA DE NACIMIENTO (29/01/79), EDAD (44), SEXO (M), N° DE DIAS (30), N° DE DIAS EN PALABRAS (TREINTA).

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

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: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form for license type selection: 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. Includes fields for recuperability, start of invalidity, date of accident, and date of conception.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1= REPOSO LABORAL TOTAL, 2= REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes fields for location of rest, justification, address, and contact information.

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 for professional identification: APELLIDO PATERNO (ESPINOZA), APELLIDO MATERNO (SU), NOMBRES (CLAUDIO ESPINOZA), ESPECIALIDAD (MEDICO), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (14643), CORREO ELECTRONICO (cespino@isapre.com), RUT (7.097.487-8), RCM (14643-9).

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

Form for independent worker identification: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Table for previous licenses: TOTAL DIAS, DESDE, HASTA, DIA, MES, AÑO.

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.

C4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)