



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

MEMORANDUM N° 007
AS. SES.

De: Secretario Municipal
A: Jefe Dpto. Admn. y Finanzas
Sra. Jeannette Ruiz Maureira
Archivo: Secretaría de Concejo
Fecha: Angol, Julio 30 de 2019

- 1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de Julio de 2019, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias	Sesión Extraordinaria	Total
	02/07 09/07 17/07	24/07	
AMERICO LANTAÑO MUÑOZ	X X X	X	4
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	X X X	X	4
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X X X	X	4
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X --- X	X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X X X	X	4
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	LIC. MÉDICA X LIC. MÉDICA	X	2

Concejales	Comisión Turismo 03/07	Comisión Educación y Cultura 23/07	Total
AMERICO LANTAÑO MUÑOZ	-----	X	1
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	-----	-----	-----
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	-----	X	1
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X	X	2
SERGIO PAREDES MONTOYA	-----	-----	-----
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	-----	-----	-----

Cabe señalar que la Concejal Beatriz Sanhueza Araya no asistió a 2 Sesiones Ordinarias del mes de Julio, por encontrarse haciendo uso de Licencias Médicas, las cuales se adjuntan:

Detalle:

Licencia Médica N° 39433786 por 01 día, desde el 02/07/2019 al 02/07/2019, Dra. Constanza Soraya Molina Arellano.

Licencia Médica N° 58532972 por 02 días, desde el 17/07/2019 al 18/07/2019, Dr. Alejandro Diaz Cares

La Concejal Margaret Molina Gallegos, no asistió a la Sesión Ordinaria de fecha 09/07/2019 por haber acompañado a su hija en situación de emergencia al Hospital de Talca, compensando su inasistencia con su asistencia a Sesión de Comisión Turismo de fecha 03/07/2019 y Comisión de Educación y Cultura, de fecha 23/07/2019

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Julio de 2019.

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 y 1 Sesión Extraordinaria del Concejo Municipal, desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 19 de fecha 02.07.2019
- Sesión Ordinaria N° 20 de fecha 09.07.2019
- Sesión Ordinaria N° 21 de fecha 17.07.2019
- Sesión Extraordinaria N° 03 de fecha 24/07/2019

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Julio de 2019.

En Angol, a 30 días del mes de Julio de 2019.

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.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

SAN HUELA ANA SARA BEATRIZ CELINA		NOMBRES			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO				
02 07 19	02 07 19	FECHA INICIO DE REPOSO	DIA	MES	AÑO
FECHA EMISION LICENCIA	UNO	Nº DE DIAS EN PALABRAS			
10					

180089

RUN

180292

FECHA DE NACIMIENTO



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	<input type="checkbox"/> 1 = SI	INICIO TRAMITE	<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 checked="" type="checkbox"/> 1= REPOSO LABORAL TOTAL			
<input type="checkbox"/> 2= REPOSO LABORAL PARCIAL			
SOLO PARA	<input type="checkbox"/>	A= MAÑANA	
REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/>	B= TARDE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C= NOCHE	
LUGAR DE REPOSO	<input checked="" type="checkbox"/> 1= SU DOMICILIO	2= HOSPITAL	3= OTRO DOMICILIO
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)			
DIRECCION DE REPOSO			
MOLINA ALELLANO			
CALLE			
2X6			
Nº	DPTO		
VILLA O POBLACION			
ANGOL			
COMUNA			
TELEFONO	99920934		
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)

MOINA ALELLANO SORAYA	36177-1	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
17158157-5	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
RUN		

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CANTIN		
CALLE		
ANGOL		
COMUNA		

Medina Fernández
 DRA. CONCEPCION MOLINA ALELLANO
 1= MEDICO
 2= DENTISTA
 3= MATRONA

CORREO ELECTRONICO

MEDICO@CONCEPCIONMOLINAALELLANO.COM

DRA. CONCEPCION MOLINA ALELLANO

RUN: 99920934

RC: 17158157-5

FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE			

TOTAL DIAS	DIA	MES	ANIO	DIA	MES	ANIO	HASTA
DESDE							
1= SI							
2= NO							

INFORMACION OBLIGATORIA 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 recepción dando el documento.

trabajadores.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

trabajadores.



Licencia Médica

Nº 2 - 58532972

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

Sanchez - Anaya - Beatriz - Cecilia
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
11-02-19 FECHA INICIO DE REPOSO 11-02-19
FECHA EMISION LICENCIA DIA MES AÑO
02 N° DE DIAS 02 N° DE DIAS EN PALABRAS

180089115 - 2
RUN

180282 22
FECHA DE NACIMIENTO
EDAD

M ó F
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
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 726 Dpto. _____
VILLA O POBLACION
Comuna
TELÉFONO
CORREO ELECTRONICO
CELULAR

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)

Díaz - Cares - Alejandro
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
1800891004 - 3
RUN

Ed. General
FIRMA DEL TRABAJADOR
1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION
Calle 726, Oficina 1001, Comuna: Ancoy
COMUNA

416
Nº

Dr. Alejandro Diaz Cares
18.009.604-3
Cirujano Dentista

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA·COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Díaz - Cares - Alejandro

TOTAL DIAS DESDE MES AÑO DIA MES AÑO HASTA
1 = SI 2 = NO Art. 13 - Si empleador deberá presentar la licencia médica antes al COMPIN o ISAPRE para correspoderle dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

Art. 13 - Si empleador deberá presentar la licencia médica antes al COMPIN o ISAPRE para correspoderle dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

CA. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

INFORMACION BÚLGATORA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

trabajados