



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

MEMORÁNDUM Nº 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 Díaz 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. 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 (SANHUELA), APELLIDO MATERNO (ANITA), NOMBRES (BEATRIZ), FECHA EMISION LICENCIA (02/07/19), FECHA INICIO DE REPOSO (02/07/19), N° DE DIAS (01), N° DE DIAS EN PALABRAS (UNO).

Form fields for worker identification: RUN (1800892), FECHA DE NACIMIENTO (18/02/92), SEXO (F), and a circular stamp from the Municipality of Angol.

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 fields for license type: Selection of license type (1-7), Recuperabilidad Laboral, Fecha del accidente del trabajo o del trayecto, Hora minutos, Trayecto, Fecha de la concepcion.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form fields for rest characteristics: Selection of rest type (1-2), Lugar de reposo, Justificar si es otro, Direccion de reposo, Calle, No, DPTO, Villa o poblacion, 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)

Form fields for professional identification: APELLIDO PATERNO (MOLINA), APELLIDO MATERNO (ARELLANO), NOMBRES (SOLANA), RUN (11158157-5), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (36177-1).

Form fields for professional identification: ESPECIALIDAD (Medicina General), 1= MEDICO, 2= DENTISTA, 3= MATRONA.

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

Form fields for address: Calle (CAV 1 N), Comuna (ANGOL).

Form fields for address: No (137).

Form fields for signature: FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL PROFESIONAL, and a circular stamp from the Municipality of Angol.

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

Form fields for signature: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE 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 recepcionado el 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)

Trabajados.





# 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 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

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
Sanchez		Amor		Beatriz Cecilia	
FECHA EMISION LICENCIA		FECHA INICIO DE REPOSO		DIA MES AÑO	
17/07/19		17/07/19			
Nº DE DIAS		Nº DE DIAS EN PALABRAS			
02		DOS			

RUN		M O F	
18008915		F	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
18/02/92		27	
SEXO			

### 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

- 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	
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		3= OTRO DOMICILIO			
DIRECCION DE REPOSO		CALLE			
Nº		DPTO			
VILLA O POBLACION		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)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
Diaz		Cares		Alejandra	
RUN		REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			
18009604		3			

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION		CALLE		COMUNA	
Depto. Antofagasta		Calle		Antofagasta	

FIRMA DEL TRABAJADOR		Especialidad	
Ed. Cares		1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
Dr. Alejandra Diaz Cares		18.009.6043	
Cirujana Dentista		91274789	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	
Firma: [Firma]	
Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes del COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.	

TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES