



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

De: Secretario Municipal  
A: Jefe Dpto. Admn. y Finanzas (s)  
Sr. Claudio Espinoza Ormeño  
Archivo: Secretaría de Concejo  
Fecha: Angol, Enero 31 de 2020

MEMORÁNDUM N° 001  
AS. SES.

- 1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de Enero de 2020, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	07/01	13/01	20/01	
AMERICO LANTAÑO MUÑOZ	X	X	X	3
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	X	X	X	3
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X	X	X	3
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X	X	X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X	X	X	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	X	LIC. MÉD	X	2

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Enero de 2020.

Cabe señalar que la Concejala Beatriz Sanhueza Araya, no asistió a la Sesión Ordinaria de fecha 13.01.2020 por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, según consta en Licencia N° 59718839 emitida por la Dra. Constanza Molina Arellano de fecha 13.01.2020.

Atentamente.,



MARIO BARRAGÁN SALGADO  
CONTADOR AUDITOR  
SECRETARIO MUNICIPAL  
Ministro de Fe

MBS/mb



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

- Sesión Ordinaria N° 01 de fecha 07.01.2020
- Sesión Ordinaria N° 02 de fecha 13.01.2020
- Sesión Ordinaria N° 03 de fecha 20.01.2020

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Enero de 2020.

**Cabe señalar que la Concejala Beatriz Sanhueza Araya, no asistió a la Sesión Ordinaria de fecha 13.01.2020 por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, según consta en Licencia N° 59718839 emitida por la Dra. Constanza Molina Arellano de fecha 13.01.2020.**

En Angol, a 31 días del mes de Enero de 2020.

**MBS/mbs**





## Licencia Médica

Nº 2 - 59718839

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

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			SEXO		
JANUETA			ARAYA			BEATRIZ			18008915			F		
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA			MES			AÑO		
130120			130120			13			01			20		
Nº DE DIAS			Nº DE DIAS EN PALABRAS			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD			SEXO		
01			Uno			181292			27			F		

#### 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			SEXO	

#### 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							
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			ESPECIALIDAD			1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
MOLIN			ARELLANO			JONAY			Medicina General			1	
RUN			REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			CORREO ELECTRONICO			FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL PROFESIONAL	
18153157-5			36177-1			VERP							
DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION			CALLE			COMUNA			FIRMA DEL PROFESIONAL			FIRMA DEL TRABAJADOR	
CALLE			COMUNA			FIRMA DEL PROFESIONAL			FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL TRABAJADOR	
ANEXO			COMUNA			FIRMA DEL PROFESIONAL			FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL TRABAJADOR	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica antes 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 ÚLTIMOS 6 MESES

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Trabajados.