



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

MEMORANDUM 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 Concejal 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/mbs



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 Concejal 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 cambiárselo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°93/1984.

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		
130120	130120	DIA	MES	AÑO
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO			
01	UNO	Nº DE DIAS EN PALABRAS		
Nº DE DIAS				

18008915	-	2
RUN		
181292	27	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	
M 6 F		
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
181292
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	1 = SI	
LABORAL	2 = NO	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	1 = SI
	2 = NO	
DIA	MES	AÑO
TRAYECTO	1 = SI	
HORA MINUTOS	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			
MELTUR			
CALLE			
276	Dpto		
Nº			
VILLA O POBLACION			
ANCON			
COMUNA			
TELÉFONO			
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


FIRMA DEL TRABAJADOR

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRES
17153157	-	361517 - 1
REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL		

Mediúma General

1= MEDICO
2= DENTISTA
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

CAMPURANA	Nº
ANCON	
CÓMUNA	

129	Nº

CORREO ELECTRONICO


FIRMA DEL PROFESIONAL

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE			

TOTAL DIAS	DESDDE	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HASTA

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Arts. 13 - El empleado deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibiendo el documento.

trabajados.

reajustados.

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES