



REPUBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ANGOL  
SECRETARIA DE CONCEJO

De:                Secretario Municipal  
A :                Jefe Dpto. Admn. y Finanzas  
                     Sra. Jeannette Ruiz Maureira  
Archivo:        Secretaría de Concejo  
Fecha:           Angol, Octubre 02 de 2020

MEMORÁNDUM N° 009  
AS. SES.

1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales a Sesiones de Concejo, vía online, durante el mes de Septiembre de 2020, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	08/09	15/09	22/09	
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	LIC. MÉDICA	X	X	2

Cabe señalar que la Concejala Beatriz Sanhueza Araya no asistió a la Sesión de Concejo de fecha 08 de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica por 01 día, la cual fue extendida por el Dr. Felipe Cares Gangas, desde el 08.09.2020 al 08.09.2020 (Licencia Médica N° 57473385).

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

Atentamente.,

MARIO BARRAGÁN SALGADO  
CONTADOR AUDITOR  
SECRETARIO MUNICIPAL  
Ministro de Fe

MBS/rmh



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° 25 de fecha 08.09.2020
- Sesión Ordinaria N° 26 de fecha 15.09.2020
- Sesión Ordinaria N° 27 de fecha 22.09.2020

**Cabe señalar que la Concejala Beatriz Sanhueza Araya no asistió a la Sesión de Concejo de fecha 08 de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica por 01 día, la cual fue extendida por el Dr. Felipe Cares Gangas, desde el 08.09.2020 al 08.09.2020 (Licencia Médica N° 57473385).**

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

En Angol, a 02 días del mes de Octubre de 2020.

**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 LUIS			ANAYA			PEREZ		
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES		
080920			080920					
FECHA EMISION LICENCIA			FECHA INICIO DE REPOSO			DIA MES AÑO		
001			Uno					
Nº DE DIAS			Nº DE DIAS EN PALABRAS					

18008915						-	2
RUN							M o F
180292							F
FECHA DE NACIMIENTO						28	SEXO
EDAD							

## A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO


**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).

[illegible]

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO	INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 2= NO
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>DIA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>HORA</span> <span>MINUTOS</span> </div>		TRAYECTO <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> 1= SI <input type="checkbox"/>  2= NO <input type="checkbox"/> </div>	
FECHA DE LA CONCEPCION		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>	

#### A.4. CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>	1= REPOSO LABORAL TOTAL 2= REPOSO LABORAL PARCIAL	SOLO PARA <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div> REPOSO PARCIAL	A= MAÑANA B= TARDE C= NOCHE
LUGAR DE REPOSO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div> 1= SU DOMICILIO    2= HOSPITAL    3= OTRO DOMICILIO			
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____			
DIRECCION DE REPOSO			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
CALLE			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
Nº			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
DPTO			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
VILLA O POBLACION			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
COMUNA			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
TELEFONO			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
CELULAR			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			
CORREO ELECTRONICO			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div>			

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

#### 4.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
16510899										- K										17980 - 0									
RUN																				REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL									

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO

1= MEDICO  
2= DENTISTA  
3= MATRONA

DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION

✓ Marine Perde

CALLE

Ingel

COMUNA

Nº 716

FIRMA DEL PROFESIONAL

716

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES**

<p>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>
--

Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o la parte correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibido el documento.

ON = 2  
Z = NO  
IS = T

[illegible]

**C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**  
(INFORMACIÓN OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

(INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

[illegible]



Licencia Médica

Nº 2 - 57473385

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

SANTANA										ANAYA										PATRIZ									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES									
080920										080920																			
FECHA EMISION LICENCIA										FECHA INICIO DE REPOSO										DIA MES AÑO									
001										VAC																			
Nº DE DIAS										Nº DE DIAS EN PALABRAS																			

18008711										2																			
RUN										M ó F																			
180292										28										F									
FECHA DE NACIMIENTO										EDAD										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									



9/9/20  
FECHA DE RECEPCION LICENCIA POR EL EMPLEADOR

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR

Sr. Trabajador (a) exija la entrega de este comprobante debidamente completo.  
El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio