



Ilustre Municipalidad  
de Buin  
Recursos Humanos

678763.

BUIN, 12 FEB. 2020

**DECRETO ALC. N° 473 / VISTOS:** Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letras i) y j) de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones, lo dispuesto en la Ley N° 16.744 - Accidente de Trabajo.

**CONSIDERANDO:**

1.- El Decreto ALC. N° 2773 de fecha 23 de Octubre de 2018, en donde el señor Alcalde delega atribuciones y facultades alcaldicias en el Administrador Municipal, don Juan Astudillo Araya, en el sentido de Dictar resoluciones relativas a personal municipal..

2.- El Certificado Atención y Reposo Ley N° 16.744 y Certificado Término Reposo Laboral, emitidos por la Asociación Chilena de Seguridad - ACHS, presentados por el funcionario don Jorge Sánchez Guajardo, se adjuntan fotocopias.

**D E C R E T O**

Decrétese Licencia Médica por Accidente de Trabajo del funcionario  
don **JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO**, RUT N° **05 de**  
Labores administrativas dependiente de Administración Municipal, a contar del día **05 de**  
**Febrero hasta el 07 de Febrero de 2020**, ambas fechas inclusive.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

**GERONIMO MARTINI GORMAZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**

JAA/GMG/VVS/IVR/ams.

**DISTRIBUCION:**

- Secretaría Municipal
- Remuneraciones
- DIMAAO
- Recursos Humanos

**JUAN ASTUDILLO ARAYA**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
**Por Orden del señor Alcalde.**



Ana Maria Silva Lopez &lt;asilva@buin.cl&gt;

**Fwd: Aviso de Notificaciones de Salud**

1 mensaje

victor fariña <vfarina@buin.cl>  
 Para: SILVA LOPEZ ANA MARIA <asilva@buin.cl>

6 de febrero de 2020,

----- Forwarded message -----

De: ACHS <notificaciones\_achs@confirmanos.cl>  
 Date: jue., 6 feb. 2020 a las 9:35  
 Subject: Aviso de Notificaciones de Salud  
 To: <vfarina@buin.cl>

**Aviso de Notificaciones de Salud**

Sr(a) VICTOR MANUEL FARIÑA GONZALEZ

**Informamos a usted las notificaciones de Salud de los trabajadores de su(s) empresa(s), registradas en la Red de Salud ACHS el día 05/02/20:**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 71 del D.S. N°101, la entidad empleadora deberá presentar la correspondiente DIAT o DIEP, según corresponda en un plazo no superior a 24 horas de conocido el hecho. Si su empresa aún no ha generado la DIAT o DIEP para alguno de los trabajadores aquí identificados, debe completar la correspondiente denuncia electrónica en el portal empresas o completar el formulario que está disponible en nuestro sitio web [www.achs.cl](http://www.achs.cl) y entregarla impresa y firmada en cualquier agencia de la ACHS a nivel nacional.

Conforme con las instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social, la Documentación para el pago de Subsidios (**detalle**) deberá hacerla llegar a esta Asociación dentro de los próximos 3 días hábiles a contar de recibida esta notificación. Para realizar el trámite en línea, deberá ingresar al sitio web [www.achs.cl](http://www.achs.cl).

Empresa RUT	Evento	Nombre RUT	Centro ACHS		Accidente		Fecha		Estado actual
			Ingreso	Control	Tipo	Fecha	Reposo	Control	
I.MUNICIPALIDAD DE BUIN 69072500-2	Ingreso	JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO 17239723-9	BUIN	-	Trabajo	05/02/2020		07/02/2020 15:40	Ambulatorio

**Estados:**

- **Ambulatorio:** Trabajador no requiere hospitalización, puede mantener controles ambulatorios.
- **Hospitalizado:** Trabajador deberá permanecer internado en hospital o clínica en convenio.
- **Alta diferida:** Trabajador con reposo por un período de tiempo definido pudiendo retornar sus actividades laborales al día siguiente de terminado dicho período.
- **Alta inmediata:** Trabajador puede retornar su actividad laboral el mismo día.
- **Alta en el día:** Trabajador con reposo; puede retornar su actividad laboral al día siguiente.
- **No Ley:** Accidente o enfermedad de origen no laboral, trabajador deberá atenderse por su sistema previsional.



A00000276184020



Nº1 en prevención

## CERTIFICADO DE ATENCIÓN Y REPOSO LEY 16.744

Hora: 13:02

Fecha: 05.02.2020

### A) DATOS DE LA EMPRESA

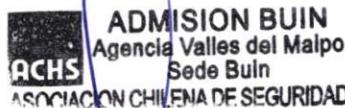
RAZON SOCIAL: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN ILUSTRE MU  
DIRECCIÓN: CARLOS CONDELL  
COMUNA: BUIN

### B) DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE PACIENTE:	JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO	TIPO Y N° DOCUMENTO:	17239723-9
N° PACIENTE:	1000003794	N° SINIESTRO:	6642437
FECHA PRESENTACIÓN:	05.02.2020	HORA PRESENTACIÓN:	12:12:21
TIPO DE SINIESTRO:	Trabajo		

Detalle de Indicaciones:

Reposo Médico: SI  
Tipo de Alta: Alta diferida Fecha: 07.02.2020  
Sin control futuro



Emisor: 1006203810  
CENTRO ASISTENCIAL BUIN

### CONSIDERACIONES:

- 1) La empresa deberá enviar la DIAT respectiva, en cumplimiento de lo instruido en el art. 76 de la ley n° 16.744, este documento debe presentar en un plazo no mayor a 24 hrs de conocido el accidente o enfermedad profesional.
- 2) Es responsabilidad del trabajador justificar su ausencia al trabajo, por lo que debe presentar este documento en su empresa al día hábil siguiente a su emisión.
- 3) De acuerdo a la obligación que impone el artículo 76 de la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a este organismo administrador, procederemos a informar al servicio de salud de este accidente o enfermedad.
- 4) En conformidad a las leyes N° 19.628 y la 20.584 este documento no informa diagnósticos.
- 5) La persona natural o la entidad empleadora que formula la denuncia será responsable de la veracidad e integridad de los hechos y circunstancias que se señalan en dicha denuncia. La simulación de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional será sancionada con multa, de acuerdo al artículo 80 de la ley y hará responsable además, al que formuló la denuncia del reintegro al organismo administrador correspondiente de todas las cantidades pagadas por este concepto de prestaciones médicas o pecuniarias al supuesto accidentado del trabajo o enfermedad profesional.
- 6) Si el accidente denunciado como de origen laboral, finalmente no fuera catalogado como tal, se deberá reembolsar a este organismo administrador a través del respectivo sistema previsional común de salud, el valor de las prestaciones que le hayan sido proporcionadas al amparo de la ley n° 16.744.

05 Febrero 2020

CENTRO ASISTENCIAL BUIN

Carlos Condell 755 SAN BERNARDO

600 600 22 47



A00000276180020

**ACHS**

# CERTIFICADO TERMINO REPOSO LABORAL

N°Paciente : 1000003794  
N° Siniestro : 0006642437  
Rut : 17239723-9  
C.Asistencial : CENTRO ASISTENCIAL BUIN

Certificamos que el Señor JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO, trabajador(a) de la empresa ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN, sufrió un accidente de Trabajo el día 05/02/2020. Se presentó en nuestro servicio médico por primera vez el 05/02/2020 a las 12:12.

El periodo de reposo actual se extiende desde el día 05/02/2020 y ha sido dado de Alta diferida el 07/02/2020 y puede volver al trabajo a partir del 08/02/2020.

Para el Siniestro N° 0006642437 el paciente registra los siguientes periodos de reposo:

Fecha Inicio Reposo	Fecha de Alta	Días de Reposo
05.02.2020	07.02.2020	3

**ADMISSION-BUIN**  
Agencia Valles del Maipo  
Sede Buin  
ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD

Firma del Paciente  
JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO

Nombre Emisor: 1006203810  
RUT Emisor:  
Asociación Chilena de Seguridad

BUIN, 05 de Febrero de 2020

Consideraciones:

1.-El trabajador no debe reintegrarse a sus labores sin la presentación de este documento, en caso contrario, si la empresa acepta al trabajador sin este documento, cualquier agravación o reclamo será de exclusiva responsabilidad del empleador.

2.-En caso de continuar el trabajador con algún síntoma que le impida reintegrarse al trabajo y sea a consecuencia del accidente, se mantiene el derecho de atención en nuestros servicios médicos. Por lo cual debe presentarse "obligatoriamente" en cualquiera de nuestros centros asistenciales.



A00000276207020



## ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

Este documento constituye licencia médica para trabajadores de empresas adheridas a Mutualidades

FECHA DE IMPRESIÓN : 05.02.2020  
 HORA DE IMPRESIÓN : 13:04:36  
 N° ORDEN DE REPOSO : 0006642437

PARA : EMPRESA

### 1.- IDENTIFICACIÓN DEL CASO

FECHA DIAT o DIEP : 05.02.2020  
 TIPO DE SINIESTRO : Trabajo  
 CÓDIGO ÚNICO NACIONAL (CUN) :  
 TIPO DENUNCIA (DIAT o DIEP) : Ley 16.744

### 2.- DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL : ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN  
 RUT : 69072500-2  
 DIRECCIÓN : CARLOS CONDELL  
 COMUNA : BUIN

### 3.- DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE : JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO  
 RUT paciente : 17239723-9  
 DIRECCIÓN : JOSE ALBERTO BRAVO  
 COMUNA : BUIN  
 FECHA PRESENTACIÓN : 05.02.2020  
 HORA PRESENTACIÓN : 12:12:21  
 NÚMERO PACIENTE : 1000003794

### 4.- DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA REPOSO LABORAL  
 DESDE : 05.02.2020  
 HASTA : 07.02.2020  
 NÚMERO DE DÍAS : 3

### 5.- IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE : ESTUPIÑAN, MARIA  
 RUT : 26212100-3

**ADMISSION BUIN**  
 Agencia Valles del Maipo  
 Sede Buin  
 ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD**  
**FIRMA Y TIMBRE**

#### CONSIDERACIONES:

- (1) Este certificado muestra los días parciales de reposo (puede no representar la cantidad total de días de reposo que se indicaron al paciente)
- (2) Si el paciente está hospitalizado o está cursando un reposo con o sin fecha de término, este periodo de reposo puede ser reducido o extendido en próximo control médico agendado y/o espontáneo y por lo tanto, la información de este certificado puede variar



Nº1 en prevención



A00000276191020

N°1 en prevención

# RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LEY N° 16.744

0006642437-0002	05/02/2020
<b>Número de Resolución</b>	<b>Fecha de Resolución</b>

## A. Identificación del Caso

05/02/2020

## Código Único Nacional CUN

**Fecha del Accidente o del inicio de la enfermedad**

## B. Identificación del Trabajador/a

JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO 17239723-9

**Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno**

17239723-9

JUAN LUIS LEIVA REÑA 1554

**RUT**

Dirección (Calle N° Depto. Piso. Población. Ciudad)

BORN

**Número de Teléfo**

### C. Identificación de la Entidad Empleadora

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN	69072500-2
Nombre o Razón Social	RUT

**Nombre o Razón Social**

27258

#### D. Datos de la Resolución

**Este Organismo Administrador resuelve que el accidente/ enfermedad corresponde a un(a):**

1	1.- Accidente del Trabajo 2.- Accidente de Trayecto 3.- Enfermedad Profesional 4.- Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad 5.- Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente 6.- Accidente común 7.- Enfermedad Común	8.- Siniestro del trabajador no protegido por la Ley 9.- Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad 10.- Accidente de dirigente sindical en cometido gremial 11.- Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo 12.- No se detecta enfermedad  13.- Derivación a otro Organismo Administrador 14.- Incidente Laboral sin Lesión
---	--	--

1



Nº1 en prevención



A00000276191020

## RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LEY N° 16.744

### Indicaciones para el trabajador y/o empleador

En caso de no estar de acuerdo con esta resolución, se podrá apelar dentro de un plazo de 90 días hábiles, ante la Superintendencia de Seguridad Social, ubicada en calle Huérfanos N°1376, comuna de Santiago, Región Metropolitana.

Asociación Chilena de Seguridad

Nombre del Administrador del Seguro de la Ley N°16.744



Firma y Timbre Asociación Chilena  
de Seguridad

Fecha de Impresión: 05/02/2020

Emisor : 1006203810



Nº1 en prevención

Hora: 13:02:04  
Fecha: 05.02.2020

## RESUMEN INFORMATIVO PACIENTE

Nombre: JORGE ANDRES SANCHEZ GUAJARDO  
Nº Paciente: 1000003794      Tipo y Nº de: RU 17239723-9  
Tipo de siniestro: Trabajo      Nº Siniestro: 0006642437  
Nº Episodio: 4757374  
F. Presentación: 05.02.2020  
Empresa: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN

Estado paciente: CON REPOSO      Indicación de traslado: No  
Consultar por Subsidio      Tipo traslado: No Aplica

### Sus citaciones son:

---

Su próxima citación será en

CENTRO ASISTENCIAL BUIN Carlos Condell 755 El día: 07.02.2020 a las 15:40 para Curac. Avanzada con el profesional

IMPORTANTE: CONSIDERE QUE LOS SÍNTOMAS DE SU CONSULTA PUEDEN VARIAR O AGRAVARSE, POR LO QUE RECOMENDAMOS VOLVER A CONSULTAR EN NUESTROS CENTROS EN CUANTO APAREZCAN O EMPEOREN LOS SÍNTOMAS QUE MOTIVARON LA CONSULTA.





Nº1 en prevención

Hora: 13:02:04

Fecha: 05.02.2020

## RESUMEN INFORMATIVO PACIENTE

Nombre: JORGE ANDRES SANCHEZ

Nº Paciente: 1000003794

Nº Siniestro: 0006642437

### Medicamentos

#### Tratamiento actual

##### Receta a despachar

###### CEFADROXILO 500 MG (A2)

DOSIS: 1 CAP	C/12 HRS	VIA: ORAL	POR: 5 D	TOTAL: 10 CAP
ANTIBIOTICOS				

###### KETOROLACO 10 MG

DOSIS: 1 CMP	C/8 HRS	VIA: ORAL	POR: 5 D	TOTAL: 15 CMP
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES				

###### KETOROLACO 30 MG SL (A)

DOSIS: 1 CMP	DOSIS INMEDIATA	VIA: SUBLINGUAL	POR: 1 D	TOTAL: 1 CMP
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES				

Plazo de retiro de medicamentos magistrales 5 días hábiles

Paciente se retira a las: 13:02

## CERTIFICADO DE REMUNERACIONES



El presente formulario tiene por finalidad recopilar la información necesaria para el pago del subsidio<sup>1</sup> por incapacidad laboral del trabajador accidentado y debe ser llenado por un representante de la empresa habilitado para ello. Le solicitamos realizar el trámite lo antes posible, de lo contrario **el trabajador se verá afectado para efectos del cálculo y percepción de su subsidio, poniendo en riesgo la continuidad de sus ingresos.**

El trámite se puede realizar **en línea en nuestro Portal de Servicios** ingresando a [www.achs.cl](http://www.achs.cl) en "Accede a tu cuenta" o de forma presencial con este documento debidamente llenado en el centro más cercano. En el caso de realizar el trámite de forma presencial, le solicitamos **exigir su folio**, con el cual podrá hacer seguimiento al estado del pago llamando al call center al 600 600 22 47 opción 3 "Pago licencia paciente ley".

A continuación le indicamos los documentos que debe adjuntar al Certificado de Remuneraciones:

- Últimas tres liquidaciones anteriores al inicio de reposo
- Si el trabajador tiene menos de tres meses en la empresa, se deben adjuntar las liquidaciones disponibles y una fotocopia del contrato de trabajo
- En caso de haber recibido subsidios médicos en los meses informados, se debe adjuntar una copia de los certificados de subsidio (Isapre, Compin, C.C.A.F.,etc)
- Si el trabajador está afecto a retención judicial, se debe adjuntar la resolución del tribunal que corresponda
- En caso de reingreso<sup>2</sup> es necesario adjuntar el certificado de vigencia laboral firmado y timbrado por la empresa
- Finiquito si el contrato de trabajo fue interrumpido

### 1.- DATOS DE LA EMPRESA Y DEL TRABAJADOR

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:	RUT DE LA EMPRESA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	FECHA DEL ACCIDENTE: / /
RUT DEL TRABAJADOR:	FECHA INICIO DE REPOSO: / /
FORMA DE PAGO: VALE VISTA_TRANSFERENCIA BANCARIA_	Nº CUENTA: _____ BANCO: _____

### 2.- MESES INFORMADOS

TRES MESES ANTERIORES AL REPOSO MÉDICO	MES 1 / AÑO: /	MES 2 / AÑO: /	MES 3 / AÑO: /
DÍAS TRABAJADOS DEL MES			
DÍAS CON LICENCIA			

### 3.- DESGLOSE DE REMUNERACIONES IMPONIBLES

A) SUELDO BASE			
B) GRATIFICACIÓN LEGAL			
C) COMISIONES			
D) HORAS EXTRAS			
E) BONO DE PRODUCCIÓN			
F) BONOS OCASIONALES			
G) BONOS MENSUALES IMPONIBLES			
H) OTROS IMPONIBLES			
I) TOTAL IMPONIBLE			
J) MONTO SUBSIDIOS MÉDICOS			

Continúa al reverso

<sup>1</sup> El subsidio es el pago que emite la Asociación Chilena de Seguridad a un paciente cuando está con reposo médico, producto de un accidente o enfermedad profesional, con el fin de asegurar la continuidad de ingresos del afectado.

<sup>2</sup> Reingreso corresponde a la situación en la cual una persona que se encontraba dada de alta médica respecto a un accidente o enfermedad profesional, se le asigna un nuevo período de reposo, asociado al mismo infortunio.

**4.- ANTECEDENTES PREVISIONALES Y LABORALES:**

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	TIPO DE CONTRATO:	INDEFINIDO_ FIJO_
NOMBRE AFP O EX CAJA DE PREVISIÓN:	PART TIME:	SI_NO_
NOMBRE DE ISAPRE O FONASA:	CONTRATO VIGENTE:	SI_NO_
APORTE TOTAL SALUD PACTADO ISAPRE:	JUBILADO:	SI_NO_
APORTE DEL TRABAJADOR AL SEGURO DE CESANTÍA:	SEGURO DE CESANTÍA:	SI_NO_
	RETENCIÓN JUDICIAL:	SI_NO_

Declaro que los antecedentes que se entregan en este certificado son transcripción fiel de las liquidaciones de remuneraciones y subsidios del trabajador identificado anteriormente, correspondientes a los meses que se informan, considerando lo indicado en el punto N° 3 de las notas aclaratorias y con los antecedentes en poder de la empresa al momento de su emisión. Extiendo el presente certificado sólo para los efectos del cálculo de subsidios por incapacidad laboral del mismo trabajador.

**5.- PERSONA HABILITADA DE LA EMPRESA PARA EMITIR EL CERTIFICADO:**

NOMBRE DEL HABILITADO:	FIRMA Y TIMBRE
CARGO:	
E-MAIL:	
TELÉFONO:	
FECHA:	

**NOTAS ACLARATORIAS****1.- PREFERENCIA PARA EL PAGO:**

Se debe informar la preferencia del trabajador para el depósito del subsidio. En el caso de escoger transferencia bancaria se puede realizar a una cuenta corriente, cuenta vista o cuenta rut y se debe indicar el número de cuenta y el banco, en caso contrario se emitirá un vale vista en el Banco Santander.

**2.- MESES INFORMADOS:**

Indicar los tres meses anteriores al inicio del reposo médico, días trabajados en el mes (por ejemplo: 30 días) y días con licencia médica o reposo médico si aplica, los días de vacaciones se consideran como días trabajados. Si el trabajador tiene menos de tres meses en la empresa, se deben indicar las remuneraciones de los meses que ha permanecido en ella.

**3.- DESGLOSE DE REMUNERACIONES IMPONIBLES:**

- a) Sueldo base: Sueldo base efectivo.
- b) Gratificación legal: Se debe informar separada de las Rentas Mensuales, no debe ser considerada en las rentas consignadas en la letra G de éste documento.
- c) Comisiones : Comisiones percibidas en cada mes.
- d) Horas extras: Horas extra percibidas en cada mes.
- e) Bono de producción: Indicar si éste es de carácter mensual, trimestral, anual, etc.
- f) Bonos ocasionales: Se deben anotar los aguinaldos (Fiestas Patrias, Navidad, etc.), y aquellos bonos especiales que no son de pago mensual (escolaridad, vacaciones, matrimonio, etc.).
- g) Bonos mensuales imponibles: Informar aquellos bonos que no tengan carácter de ocasional.
- h) Otros imponibles: Especificar otras rentas imponibles que sean de carácter mensual.
- i) Total imponibles: Es el resultado de la suma de las líneas, A,B,C,D, F, G y H.
- j) Monto subsidios médicos: Especificar los subsidios pagados por el régimen de salud del trabajador y/u otra Institución. En este caso se debe adjuntar copia del certificado de los subsidios (Isapre, Compin, C.C.A.F.,etc)

**4.- ANTECEDENTES PREVISIONALES Y LABORALES:**

- Aporte salud total pactado: En caso de que el trabajador tenga ISAPRE y su plan supere el 7% legal, indicar el monto total del plan en UF, en caso de tener FONASA dejar en blanco.
- Aporte del trabajador al seguro de cesantía: Indicar si el trabajador está afecto al descuento de 0,6% del Seguro de desempleo según ley 19.728.-

**5.- PERSONA HABILITADA DE LA EMPRESA PARA EMITIR EL CERTIFICADO:**

Especificar datos de la persona autorizada para emitir el documento. En esta sección se debe estampar su firma y el timbre de la empresa que respalde la validez de los datos entregados.