



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 13 MAYO 2021

DECRETO ALC. N° 1068 / VISTOS: Las facultades que me otorgan los Arts. 5, 12 y 63 letra i) 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.- Por Decreto ALC. N° 870 de fecha 16 de Abril de 2021, se Nombra como Alcalde Subrogante a don **Juan Rodrigo Astudillo Araya**, desde el 16 de Abril de 2021 hasta el 17 de Mayo de 2021, ambas fechas inclusive, con todas las atribuciones inherentes al cargo.

2.- El Certificado de Alta Médica (12/05/2021) y la Orden de Reposo Ley N° 16.744 (12/05/2021), emitidos por la Asociación Chilena de Seguridad - ACHS, presentados por el funcionario don Manuel Alejandro Piñeda Correa, de los cuales se adjuntan copias.

DECRETO

Decrétese Licencia Médica por Accidente de Trabajo al funcionario don **MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA**, RUT N° , Labores Auxiliares en la Dirección de Medio Ambiente Aseo y Ornato – DIMAAO, a contar del **30 de Abril de 2021 hasta el 14 de Mayo de 2021**, ambas fechas inclusive.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/VFG/ams/cmt

DISTRIBUCION:

- Secretaria Municipal
- DIMAAO
- Remuneraciones
- Recursos Humanos



JUAN ASTUDILLO ARAYA
ALCALDE (S)



A00000951828021



CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA

INFORMACION GENERAL:

SINIESTRO: 0007008483
CUN: 6387625 FOLIO: 0007008483-0002
FECHA Y HORA EMISIÓN: 12/05/2021 10:41:30 ¿ÚLTIMA ALTA MEDICA?: NO
CALIFICACIÓN: Trabajo
ORGANISMO ADMINISTRADOR: ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD
ORGANISMO EMISOR: ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD

TRABAJADOR:

N° DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: 7504673-1 NACIONALIDAD: Chile
NOMBRE COMPLETO: MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA SEXO: Masculino
FECHA NACIMIENTO: 17/02/1957 EDAD: 65
PROFESIÓN: AUXILIAR TELÉFONO: 974890835
DIRECCIÓN
CALLE: JOSE MIGUEL CARRERA N°: 697 TIPO:
RESTO DIRECCIÓN: COMUNA: BUIN

EMPLEADOR:

RUT: 69072500-2 NOMBRE O RAZON SOCIAL: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN

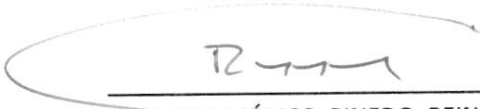
INDICACIONES ALTA MÉDICA:

FECHA DE ALTA MÉDICA: 14.05.2021 REQUIERE EVALUACIÓN INCAPACIDAD: NO
TIPO: Término de los tratamientos del trabajador OTRO MOTIVO:

MEDICO RESPONSABLE:

MEDICO RESPONSABLE: PINEDO, REINALDO JOSE RUT : 25601397-5


FIRMA TRABAJADOR


FIRMA MÉDICO PINEDO, REINALDO JOSE

CONSIDERACIONES:

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 75 del D.S. N°101, "Se entenderá por "Alta Médica", la certificación del médico tratante del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico."
2. Si posterior al alta médica, el trabajador requiere continuar con tratamientos 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.

*Decreto
Licencia* *Reid. CA* 

RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LOS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LEY 16.744



1. IDENTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Nro Resolución: **00070084830003** Fecha Resolución **30/04/2021**

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Código Único Nacional (CUN): **6387625**

Fecha del accidente o del inicio de la enfermedad: **30/04/2021**

3. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social: **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN**

RUT: **69.072.500-2**

4. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: **MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA** RUT: **7.504.673-1**

Dirección Particular: **JOSE MIGUEL CARRERA 697**

Comuna: **BUIN** Teléfono: **974890835**

5. DATOS DE LA RESOLUCIÓN ESTE ORGANISMO ADMINISTRADOR RESUELVE QUE EL ACCIDENTE/ENFERMEDAD CORRESPONDE A UN(A):

01

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 N° 16.744

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
15. Accidente denunciado como a causa o con ocasión, calificado de origen común
16. Accidente denunciado como de trayecto, calificado de origen común

INDICACIONES PARA EL TRABAJADOR Y/O EMPLEADOR

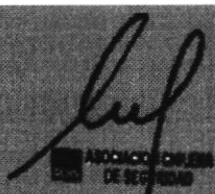
ACTUALIZACIÓN RECA SEGÚN INFORMACIÓN DE REPOSO

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, en cualquiera de las oficinas ubicadas a lo largo del país o en www.suseso.cl.

ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL SEGURO DE LA LEY 16.744

Fecha de impresión: **12/05/2021**

The image shows a handwritten signature in black ink over a grey rectangular background. Below the signature is a small, dark rectangular stamp with the text "ASESORÍA CHILENA DE SEGURIDAD" in white capital letters.

FIRMA Y TIMBRE ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

CENTRO ASISTENCIAL BUIN / CARLOS CONDELL 755 BUIN

CERTIFICADO DE ALTA LABORAL DIFERIDA LEY N° 16.744

Fecha de emisión: 12/05/2021

Hora de emisión: 10:51:44

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA Código Único Nacional (CUN): 6387625

RUT: 7.504.673-1 Número de Certificado: 0007008483

Número de Paciente: 1000585070 Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): DIAT

Número de Siniestro: 0007008483 Fecha de la DIAT o DIEP: 30/04/2021

Dirección: JOSE MIGUEL CARRERA 697 Comuna: BUIN

N° Teléfono: 974890835

2. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN

RUT: 69.072.500-2

Dirección: ALCALDE ALBERTO KRUMM S/N Comuna: BUIN

3. INDICACIONES AL ALTA LABORAL

Certificamos que el/la señor(a) MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA, declaró un siniestro como ACCIDENTE DE TRABAJO el día 30/04/2021. Presentándose en nuestro servicio médico por primera vez el 30/04/2021 a las 17:34:21 hrs. El periodo de reposo actual se extiende desde el día 30/04/2021 y ha sido dado de alta el día 14/05/2021, pudiendo reintegrarse a su trabajo con fecha 15/05/2021.

• Alta Inmediata [SI] [NO] ☒• Condiciones prescritas por el médico para el reintegro al trabajo [SI] [NO] ☒

¿Cuál(es)? ¿Por cuántos días?

• Debe continuar en control médico o con tratamiento ambulatorio [SI] [NO] ☒

Especifique el tratamiento

En resumen, para este siniestro el paciente registra los siguientes periodos de reposo:

FECHA EMISIÓN ALTA LABORAL	FECHA INICIO REPOSO	FECHA TÉRMINO REPOSO (ALTA)	DÍAS DE REPOSO
30/04/2021	30/04/2021	14/05/2021	15

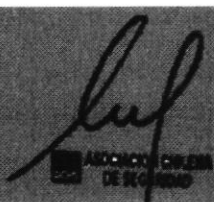
4. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre: **REINALDO JOSE PINEDO SOTO**

RUT: **25.601.397-5**

Firma Digital al final del documento.

FIRMA PACIENTE



ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD FIRMA Y TIMBRE

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) Si el trabajador, a consecuencia del accidente, continúa con algún síntoma que le impida reintegrarse al trabajo, tiene el derecho de atención en nuestros servicios médicos.

CENTRO ASISTENCIAL BUIN / CARLOS CONDELL 755 BUIN

Verificado y Firmado por

Certificado de alta laboral

(3 páginas)

ACEPTA

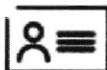
ACHS

Creado el: 2021-05-12 10:52:34

N° Documento: A2-8000-020D-93CB-5AC2

Este documento es una representación de un documento original en formato electrónico. Para verificar el estado actual del documento, verifíquelo en <https://5.dec.cl>

Los certificados de Acepta cumplen con los estándares internacionales para firma electrónica, lo que no implica que sean compatibles con todos los software de visualización, no afectando ello en caso alguno la validez de la firma



Firma Simple

Validado con Cédula

Firmante: 0007504673-1 PIÑEDA CORREA, MANUEL ALEJANDRO
Institución - Rol: PERSONA NATURAL
Fecha de Firma: 2021-05-12 10:52:38.135012
Auditoría Autentia: ACHS-F6BO-ZRP2-Q1EI
Operador: 0007504673-1

PARA LA EMPRESA

ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

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



Fecha de emisión: **12/05/2021**
Hora de emisión: **10:51:44**
N° Orden de Reposo: **0007008483**

1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de la DIAT o DIEP: **30/04/2021** Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**
Código Único Nacional (CUN): **6387625**
Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**

2. DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE BUIN**
RUT: **69.072.500-2**
Dirección: **ALCALDE ALBERTO KRUMM S/N** Comuna: **BUIN**

3. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: **MANUEL ALEJANDRO PIÑEDA CORREA** RUT: **7.504.673-1** Número de Certificado: **0007008483**
Dirección: **JOSE MIGUEL CARRERA 697** Comuna: **BUIN**
Teléfono: **974890835**
Fecha de Presentación: **30/04/2021** Hora Presentación: **17:34:21** Hrs Número Paciente: **1000585070**

4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha Reposo Laboral:
Desde: **30/04/2021** Hasta: **14/05/2021** Número de días: **15**

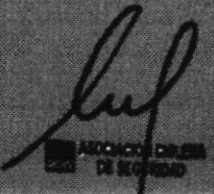
5. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Nombre: **REINALDO JOSE PINEDO SOTO**

RUT: **25.601.397-5**

Firma Digital al final del documento.

FIRMA PACIENTE

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular stamp. The stamp contains the text "ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD" in a bold, sans-serif font. The signature is a cursive script, possibly reading "Luis".

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 su próximo control médico agendado y/o espontáneo y por lo tanto, la información de este certificado puede variar

CENTRO ASISTENCIAL BUIN / CARLOS CONDELL 755 BUIN

Verificado y Firmado por

Orden de Reposo Ley N° 16.744

(3 páginas)

ACEPTA

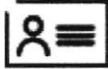
ACHS

Creado el 2021-05-12 10:52:34

N° Documento: A2-8000-020D-93CB-4AC2

Este documento es una representación de un documento original en formato electrónico. Para verificar el estado actual del documento, verifíquelo en <https://5.dec.cl>

Los certificados de Acepta cumplen con los estándares internacionales para firma electrónica, lo que no implica que sean compatibles con todos los software de visualización, no afectando ello en caso alguno la validez de la firma



Firma Simple
Validado con Cédula

Firmante: 0007504673-1 PIÑEDA CORREA, MANUEL ALEJANDRO
Institución - Rol: PERSONA NATURAL
Fecha de Firma: 2021-05-12 10:52:38.286531
Auditoría Autentia: ACHS-F6BO-ZRQN-6M6I
Operador: 0007504673-1