



700294

BUIN, 14 DIC 2021

**DECRETO ALC. N° 3089 / 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.- La Licencia Médica N° 3 059343190-8 emitida a nombre del funcionario don Rodolfo Alejandro Muñoz Medina, por 14 días a contar del 30 de septiembre hasta el 13 de octubre de 2021, inclusive.

3.- La Copia Resolución Licencia Médica emitida por ISAPRE CRUZBLANCA S.A. de fecha 01 octubre de 2021, informando que la Licencia Médica del afiliado don Rodolfo Muñoz Medina por 14 días, ha resuelto ser "RECHAZADA" por causa "**Enfermedad Profesional beneficio debe ser otorgados por ORG. ADM. Ley N° 16.744**".

4.- El Correo del 20 de octubre 2021, enviado por el funcionario don Rodolfo Muñoz Medina, que comunica su concurrencia al Hospital del Trabajador, donde el profesional le confirma que la Institución hospitalaria acoge la licencia médica por 14 días por tanto asume el procedimiento que sigue.

5.- El Correo enviado por el Prevencionista de Riesgos, informando que el funcionario señalado fue derivado desde su sistema de Salud – ISAPRE CRUZ BLANCA al sistema Mutual, por considerar la causa de licencia fue de origen laboral; se acoge el siniestro según detalle "Días de licencia cubierto por ACHS 14, DEL 30 septiembre AL 13 octubre 2021".

**DECRETO**

Formalizase la Licencia Médica por Enfermedad Profesional – Contingencia COVID – 19, del funcionario don **RODOLFO ALEJANDRO MUÑOZ MEDINA**, RUT N° , Labores en el área de Licitaciones - SECPLA, a contar del **30 de Septiembre AL 13 de octubre de 2021**, ambas fechas inclusive.

ANOTES, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



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

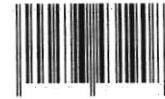
JAA/GMG/VVS/HFG/ams



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



**Licencia Médica**  
Otorgada para cotizante ISAPRE  
**DOCUMENTO NO VÁLIDO PARA TRÁMITES**



N° 3 059343190-8

**SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL****A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

MUNOZ  MEDINA  RODOLFO ALEJ  12724649 - 1  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
29092021  30092021  46 M  
FECHA OTORGAMIENTO FECHA INICIO REPOSO EDAD SEXO  
14  CATORCE  N.º DE DIAS EN PALABRAS  
N.º DE DIAS

*Documento firmado electrónicamente*

FIRMA TRABAJADOR

**A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO**

Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Art. 199 y 200 del C. del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.667)

APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO  NOMBRES  RUN  
 FECHA NACIMIENTO

**A.3 TIPO LICENCIA**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN 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 = PATOLOGÍA DEL EMBARAZO	
RECUPERABILIDAD <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	INICIO TRAMITE <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DEL ACCIDENTE TRABAJO O DEL TRAYECTO	<input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO
<input type="text"/> HORA <input type="text"/> MINUTOS	TRAYECTO <input type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO
FECHA DE LA CONCEPCIÓN	<input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO

**A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO**

<input checked="" type="checkbox"/> 1 = REPOSO LABORAL TOTAL 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL	<input type="checkbox"/> SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A = MAÑANA B = TARDE C = NOCHE
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO	JUSTIFICAR SI ES OTRO (3) _____	
DIRECCIÓN: CALLE; N.º; DEPTO; COMUNA <u>AVDA. O HIGGINS #967,</u> Buin _____		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) <u>09-90335587</u>		

**A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL**

ROSENBLATT GARRETON  JOSE PABLO  16960764 - 8  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN  
38398-6  MEDICINA GENERAL  
REG. COLEGIO PROFESIONAL  ESPECIALIDAD  
9-82286013/  Anibal Pinto 436, Buin  Documento firmado electrónicamente  
TELÉFONO/FAX  DIRECCIÓN FIRMA PROFESIONAL

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo médico.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles a contar del día hábil siguiente a la fecha de inicio del reposo.

Señor(a) :

I MUNICIPALIDAD DE BUIN  
CARLOS CONDELL 415 415 BUIN  
BUIN  
REGION METROPOLITANA

## COPIA RESOLUCION LICENCIA MEDICA

SECCION B (USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE)

NRO. FOLIO LICENCIA	
3 593431908	

RODOLFO ALEJANDRO MUÑOZ MEDINA	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
--------------------------------	---------	------------------	------------------

12724649	-	1
----------	---	---

RUT

SERVICIO DE SALUD O ISAPRE **ISAPRE CRUZBLANCA S.A.**

RESOLUCION **1** - **2021314409**

ESTABLECIMIENTO **MONEDA BACK**

CODIGO ESTABLECIMIENTO **78**

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNOSTICO	Nº DIAS PREVIOS
<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="30/09/2021"/>	<input type="text" value="13/10/2021"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="F43.2"/>	<input type="text" value="1"/>
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIAS	CODIGO		

1 = PRIMERA

2 = CONTINUACION

<input type="text" value="2"/> 1=AUTORIZASE 2=RECHAZASE 3=AMPLIASE 4=REDUCESE  <input type="text"/> 5=PENDIENTE  <input type="text"/> RESOLUCION REDICTAMEN	<input type="text" value="5"/> CAUSA RECHAZO  1=REPOSO INJUSTIFICADO 2=DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3=FUERA DE PLAZO 4=INCUMPLIMIENTO REPOSO 5=OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="text" value="1"/> 1=REPOSO LABORAL TOTAL 2=REPOSO LABORAL PARCIAL  SOLO PARA REPOSO PARCIAL  <input type="text"/> A=MAÑANA B=TARDE C=NOCHE	<input type="text" value="C"/> A=Con derecho a subsidio una vez verificado los requisitos dispuestos en el D.F.L.N°44/78. Ley 183469 y Ley 16.744. B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad respondible art. 56. C=Sin derecho a Subsidio.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CAUSA DE MODIFICACION O RECHAZO 1.- ENFERMEDAD PROFESIONAL BENEFICIO DEBE SER OTORGADO POR ORG.

ADM. LEY 16744

2.-

3.-

FECHA RECEPCION EN SERVICIO SALUD ISAPRE  <input type="text" value="01/10/2021"/> DIA MES AÑO	FECHA DE EMISION RESOLUCION SERVICIO DE SALUD O ISAPRE  <input type="text" value="01/10/2021"/> DIA MES AÑO	REDICTAMEN  <input type="text"/> DIA MES AÑO
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------



JAIME GODOY BARCOS  
Médico Contralor

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

FECHA PROBABLE DE PAGO  <input type="text"/> DIA MES AÑO
----------------------------------------------------------------------



Constanza Madariaga &lt;cmadariaga@buin.cl&gt;

## Información Resolución Licencia Médica

Rodolfo Muñoz Medina <rmunozm@buin.cl>

20 de octubre de 2021, 8:36

Para: Constanza Madariaga <cmadariaga@buin.cl>

Cc: Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>, victor fariña <vfarina@buin.cl>, carlos daniel matamala chiang

<carlosmatamala25@gmail.com>, Camila Castillo Gonzalez <ccastillog@buin.cl>

Buen día Constanza

En relación a los correos precedentes, puedo informar lo siguiente:

- 1.- El día lunes 18 de octubre asistí al Hospital de Trabajador.
- 2.- El doctor en el informe dejó señalado que se acepta la licencia médica de 14 días y que por lo tanto ellos deben asumir el pago de esta.
- 3.- El doctor me consultó, si quería seguir con el análisis y evaluación del caso por el cual me dieron licencia, ante lo cual desistí de seguir con este proceso.
- 4.- Sin perjuicio de lo anterior, el doctor me indicó y dejó plasmado en el informe, que de volver a tener una crisis o recaída relacionada con la misma situación, debía asistir nuevamente a la ACHS.

Es todo lo que puedo informar.

Atentamente



RODOLFO MUÑOZ MEDINA  
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS  
Encargado Departamento de Licitaciones, SECPLA Buin  
www.buin.cl / +562 2821 8419 / Carlos Condell N°415

[El texto citado está oculto]



Constanza Madariaga &lt;cmadariaga@buin.cl&gt;

## prev. de riesgos ingreso rodolfo muñoz medina rut: 12.724.649-1

2 mensajes

carlos daniel matamala chiang &lt;carlosmatamala25@gmail.com&gt;

1 de diciembre de 2021, 13:43

Para: Constanza Madariaga &lt;cmadariaga@buin.cl&gt;, SILVA LOPEZ ANA MARIA &lt;asilva@buin.cl&gt;

Cc: IRMA VARGAS REINOSO &lt;ivargas@buin.cl&gt;, victor fariña &lt;vfarina@buin.cl&gt;

Estimada Constanza, gusto saludarla.

Respecto al ingreso en achs del funcionario Rodolfo Muñoz Medina rut: 12.724.649-1, se indica.

Funcionario fue derivado desde su sistema de salud (isapre crusa blanca) al sistema mutual por considerar que el Covid-19 que afectó al funcionario fue de origen laboral, la mutualidad acogió el siniestro con el siguiente detalle:

- Fecha de presentación en achs 08.10.2021
- Días de licencia cubierto por achs 14 (30.09.2021 al 13.10.2021)

En estos momentos el ingreso del Sr. Rodolfo Muñoz Medina rut: 12.724.649-1 está acogido como enfermedad profesional.

Nota: Cualquier otro antecedente lo comunicaré a la brevedad.

saludos

--  
atte.

Carlos Matamala Chiang  
Prevención de riesgos  
989428557

**Constanza Madariaga** <cmadariaga@buin.cl>  
Para: carlos daniel matamala chiang <carlosmatamala25@gmail.com>

3 de diciembre de 2021, 8:40

Don Carlos, muchas gracias por la información.

Saludos cordiales.

[El texto citado está oculto]

--  
Atte.



**Constanza Madariaga Tapia**  
Departamento Recursos Humanos  
I. Municipalidad de Buin  
Teléfono Fijo: 22 8218441  
Carlos Condell N° 415, Buin