



Illustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

BUIN, 24 MAYO 2022

DECRETO ALC. N° 1497 / 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 Rodrigo Astudillo Araya, en el sentido de Dictar resoluciones relativas a personal municipal.

2.- El Certificado de Atención, Certificado de Alta Laboral Diferida de fecha 09 de Mayo de 2022, emitidos por la Asociación Chilena de Seguridad - ACHS, presentados por el funcionario don Alejandro A. González Díaz, se adjuntan copias.

DECRETO

Decrétese Licencia Médica por Accidente de Trabajo al funcionario don **ALEJANDRO ANDRÉS GONZÁLEZ DÍAZ**, RUT N° , Labores auxiliares en la Dirección de Medio Ambiente, Aseo y Ornato, a contar del **09 de Mayo Al 11 de Mayo de 2022**, ambas fechas inclusive.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

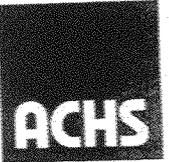
JAA/GMG/VVS/IVR/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaria Municipal
- DIMAAO
- Remuneraciones
- Recursos Humanos

JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.

TEMAS LICENCIAS
ACHS



CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fecha de emisión: **09/05/2022**

Hora de emisión: **19:04:40**

1. DATOS DE LA EMPRESA

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

Dirección: **ALCALDE ALBERTO KRUMM S/N Comuna: BUIN**

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: **ALEJANDRO ANDRES GONZALEZ DIAZ** RUT: _____

Fecha Presentación: **09/05/2022** Hora Presentación: **15:29:45**

Número de Paciente: _____ Número de Siniestro: **0007379454** Tipo de Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**

3. DETALLE DE INDICACIONES

Reposo Médico: **SI**

Tipo de Alta: **ALTA DIFERIDA**

Fecha de Alta: **11/05/2022**

Control Futuro: **NO**

Fecha de Control: _____

Hora de Control: _____

Lugar de Control: _____

ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD



ASOCIACIÓN CHILENA
DE SEGURIDAD

CONSIDERACIONES:

- (1) Es responsabilidad del trabajador justificar su ausencia al trabajo, por lo que debe presentar este documento en su empresa al día hábil siguiente de su emisión
- (2) La empresa debe enviar la DIAT/DIEP respectiva, en un plazo no mayor a 24 hrs. de conocido el accidente o enfermedad profesional.
- (3) De acuerdo a la obligación que impone el artículo 76 de la ley 16.744 sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, procederemos a informar al servicio de salud de este accidente o enfermedad.
- (4) En conformidad a las leyes N° 19.638 y la 20.584 este documento no informa diagnósticos.
- (5) La persona natural o entidad empleadora que formule 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 puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas.
- (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, sin perjuicio del copago que procediere. Adicionalmente, y en caso de requerir continuar atenciones, el paciente deberá solicitarlas a través de su sistema de salud común.

CENTRO ASISTENCIAL BUIN / CARLOS CONDELL 755 BUIN

10 MAY 2022

.....
.....

CERTIFICADO DE ALTA LABORAL DIFERIDA LEY N° 16.744

Fecha de emisión: **09/05/2022**Hora de emisión: **19:04:40**

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: **ALEJANDRO ANDRES GONZALEZ DIAZ** Código Único Nacional (CUN):RUT: _____ Número de Certificado: **0007379454**Número de Paciente: _____ Tipo de Denuncia (DIAT/DIEP): **DIAT**Número de Siniestro: **0007379454** Fecha de la DIAT o DIEP: **09/05/2022**

Dirección: _____ Comuna: _____

N° Teléfono: _____

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) **ALEJANDRO ANDRES GONZALEZ DIAZ**, declaró un siniestro como **ACCIDENTE DE TRABAJO** el día **09/05/2022**. Presentándose en nuestro servicio médico por primera vez el **09/05/2022** a las **15:29:45** hrs. El periodo de reposo actual se extiende desde el día **09/05/2022** y ha sido dado de alta el día **11/05/2022**, pudiendo reintegrarse a su trabajo con fecha **12/05/2022**.

• 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

PARA LA EMPRESA

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
09/05/2022	09/05/2022	11/05/2022	3

4. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre: **ALEXANDER PEREZ ESCORCIA**

RUT

Firma Digital al final del documento.

FIRMA PACIENTE



ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD FIRMA Y TIMBRE

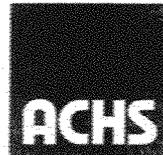
CONSIDERACIONES:

- (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 BUIIN / CARLOS CONDELL 755 BUIIN

Verificado y Firmado por	Certificado de alta laboral	© paginas
ACEPTA	ADIS	
<small>Los certificados de Acepta cumplen con las estándares internacionales para firma electrónica, lo que no implica que sean compatibles con todos los software de visualización, no afectando esto en caso alguno la validez de la firma.</small>		
	Firmante:	0014128579-3 GONZÁLEZ DÍAZ, ALEJANDRO ANDRÉS
Firma Simple	Institución - Rol:	PERSONA NATURAL
Validado con Cédula	Fecha de Firma:	2022-05-09 19:07:04.945103
	Auditoría Auténtica:	ACHS-F4EP-FJBH-MGF1
	Operador:	0014128579-3

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



1. IDENTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Nro Resolución: **00073794540003** Fecha Resolución **09/05/2022**

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Código Único Nacional (CUN):

Fecha del accidente o del inicio de la enfermedad: **09/05/2022**

3. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

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

RUT: **69.072.500-2**

4. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: **ALEJANDRO ANDRES GONZALEZ DIAZ** RUT:

Dirección Particula

Comuna

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

01

- | | |
|---|---|
| 1. Accidente del trabajo | 9. Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad |
| 2. Accidente de trayecto | 10. Accidente de dirigente sindical en cometido gremial |
| 3. Enfermedad profesional | 11. Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo |
| 4. Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad | 12. No se detecta enfermedad |
| 5. Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente | 13. Derivación a otro organismo administrador |
| 6. Accidente común | 14. Incidente laboral sin lesión |
| 7. Enfermedad común | 15. Accidente denunciado como a causa o con ocasión, calificado de origen común |
| 8. Siniestro del trabajador no protegido por la ley N° 16.744 | 16. Accidente denunciado como de trayecto, calificado de origen común |

PARA LA EMPRESA

INDICACIONES PARA EL TRABAJADOR Y/O EMPLEADOR

CONTINUAR MANEJO EN ACHS SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS

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: **09/05/2022**



FIRMA Y TIMBRE ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

CENTRO ASISTENCIAL BUIN / CARLOS CONDELL 755 BUIN



Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>

Fwd: Aviso de Notificaciones de Salud

1 mensaje

victor fariña

Para: Ana Maria Silva Lopez <

10 de mayo de 2022, 9:32

Anita, para conocimiento
Saludos cordiales

----- Forwarded -----
De: ACHS
Date: mar, 10 may 2022 a las 9:31
Subject: Aviso de Notificaciones de Salud
To:

Aviso de Notificaciones de Salud**ACHS**

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 09/05/22:

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 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.

Empresa RUT	Evento	Nombre RUT	Centro ACHS		Accidente		Fecha		Estado actual
			Ingreso	Control	Tipo	Fecha	Reposo	Control	
MUNICIPALIDAD DE BUIN 69072500-2	Ingreso	ALEJANDRO ANDRES GONZALEZ DIAZ	BUIN	-	Trabajo	09/05/2022			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 periodo de tiempo definido pudiendo retornar sus actividades laborales al día siguiente de terminado dicho periodo.
- **Alta inmediata:** Trabajador puede retomar su actividad laboral el mismo día.
- **Alta en el día:** Trabajador con reposo puede retomar su actividad laboral al día siguiente.
- **No Ley:** Accidente o enfermedad de origen no laboral, trabajador deberá atenderse por su sistema previsional.
- **Término de reposo por inasistencia:** Trabajador no se presentó a un control agendado lo que pone término a su indicación médica de reposo. Este estado podría modificarse por diversas causas. Si esto ocurre, se verá reflejado en nuestro sistema dentro de los próximos 5 días hábiles desde la emisión de esta notificación.

11.05.22 Remitió a fails Juste web, por DIAT



Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>

Atención ACHS..

1 mensaje

Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>

12 de mayo de 2022, 13:50

Para: carlos daniel matamala chiang <carlosmatamala25@gmail.com>

Cc: IRMA VARGAS REINOSO ; Camila Castillo Gonzalez

Hola Carlos como estas... En atención a los documentos a la vista por atención en ACHS a don Alejandro González Díaz, es posible confirmar que no fue necesario extender el reposo médico, por favor...

De antemano muchas gracias.

Saludos cordiales..

--
Ana Ma. Silva López
Secretaria RRHH
Fono 22 8218441