



Ilustre Municipalidad
de Buin
Recursos Humanos

07 SEP 2023

BUIN,

DECRETO ALC. N° 2905 / 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 Aviso de Notificación de Salud, emitido por ACHS, por el funcionario don Mauricio Rojas Cerda, del 25 de Julio de 2023.

- ✚ Orden de Reposo Ley N° 16.744, desde el 26 de Julio al 01 de Agosto de 2023 (07 días),
- ✚ Derivación de Paciente, con emisión el 01 de agosto de 2023, y se extiende el Reposo a contar del 02 de agosto 2023 por 15 días.

DECRETO

Decrétese Licencia médica por Accidente de Trabajo emitida por ACHS, del funcionario don **MAURICIO ESTEBAN ROJAS CANDIA**, Cedula de Identidad N° _____, Labores de auxiliares en la Dirección de Desarrollo Comunitario, a contar del **26 de Julio AL 16 de Agosto de 2023.**



GERONIMO MARTINI GORMAZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JAA/GMG/VVS/IVR/ams.

DISTRIBUCION:

- Secretaria Municipal
- Remuneraciones
- Recursos Humanos



ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

JUAN ASTUDILLO ARAYA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del señor Alcalde.



Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>

Fwd: Aviso de Notificaciones de Salud

1 mensaje

victor fariña <vfarina@buin.cl>

Para: Ana Maria Silva Lopez <asilva@buin.cl>

26 de julio de 2023, 10:43

Anita, para conocimiento
Saludos cordiales

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

De: **ACHS** <notificaciones_achs@confirmanos.cl>

Date: mié, 26 jul 2023 a las 10:36

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 25/07/23:

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	
I.MUNICIPALIDAD DE BUIN 69072500-2	Ingreso	MAURICIO ESTEBAN ROJAS CANDIA 12393812-7	BUIN	-	Trabajo	25/07/2023			Ambulatorio
I.MUNICIPALIDAD DE BUIN 69072500-2	Alta	MAURICIO ESTEBAN ROJAS CANDIA 12393812-7	BUIN	-	Trabajo	25/07/2023			Alta inmediata

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 retomar 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.

Víctor Fariña González
Contador - Encargado de Remuneraciones
Recursos Humanos
Dirección de Administración y Finanzas

+562 28218507
vfarina@buin.cl
Carlos Condell # 415
www.buin.cl



ORDEN DE REPOSO LEY N° 16.744

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

Fecha de emisión: **26/07/2023**
Hora de emisión: **12:15:47**
N° Orden de Reposo: **0007860594**

1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Fecha de la DIAT o DIEP: **25/07/2023** Tipo Siniestro: **ACCIDENTE DE TRABAJO**
Código Único Nacional (CUN): **7928586**
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: **MAURICIO ESTEBAN ROJAS CANDIA** RUT: **12.393.812-7** Número de Certificado: **0007860594**
Dirección: **LOS HERNANDEZ 44** Comuna: **BUIN**
Teléfono: **920766150**
Fecha de Presentación: **25/07/2023** Hora Presentación: **17:15:16** Hrs Número Paciente: **1003650147**

4. DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha Reposo Laboral:
Desde: **26/07/2023** Hasta: **01/08/2023** Número de días: **7**

DERIVACIÓN DE PACIENTE (77 BIS)

Fecha emisión: **01/08/2023**Hora emisión: **10:53:46**

1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nombre: **MAURICIO ESTEBAN ROJAS CANDIA** N° Sinistro: **0007860594**RUT: **12.393.812-7** N° Paciente **1003650147**Previsión: **FONDO NACIONAL DE SALUD** Fecha Presentación: **25/07/2023**Dirección: **LOS HERNANDEZ 44** Teléfono: **920766150**

2. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

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

3. DERIVACIÓN DEL TRABAJADOR

El cuadro clínico del trabajador no corresponde a una contingencia o patología cubierta por el Seguro Social de la ley N° 16.744. En virtud de lo expuesto, el día **01/08/2023** se deriva al trabajador a su régimen común de salud (marcar con una "X"):

ISAPRE

{{Fonasa}} Licencia médica a la COMPIM y atención médica a su prestador de salud común (FONASA).

4. ANTECEDENTES ENTREGADOS AL TRABAJADOR

a) Licencia Médica N° **0895599638** extendida por **10** días de reposo, a contar del **02/08/2023**.

b) Exámenes practicados:

DETALLE EXAMEN

ENTREGADO AL TRABAJADOR (SI/NO)

c) Otros antecedentes (señalarlos):

FIRMA TRABAJADOR

Firma Digital al final del documento.

CONSIDERACIONES

(1) Reclamaciones ante la Superintendencia de Seguridad Social.

- Centro Integrado de Atención a Usuarios: Huérfanos 1376, 2do piso, atención de lunes a viernes de 8:40 a 13:30 horas.

- Oficina de Partes Huérfanos 1376, 2do piso, atención de lunes a viernes de 9:00 a 13:30 horas (sólo recepción de escritos de reclamo con antecedentes fundantes).

(2) Si desea obtener una copia de sus exámenes y/o informes radiológicos, debe completar el formulario "Solicitud de Resultado de Examen" en admisión.

PARA TRABAJADOR

5. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Nombre: **CESAR AUGUSTO ECHEZURIA RRODRIGUEZ**
RUT: **26.671.186-7**

Firma Digital al final del documento.

FIRMA PACIENTE



ASOCIACIÓN CHILENA
DE SEGURIDAD

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 SAN BERNARDO / EYZAGUIRRE 61 SAN BERNARDO

Verificado y Firmado por		Orden de Reposo Ley N° 19.741		Módulo de	
ACEPTA					
El presente es un documento de uso exclusivo de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y no debe ser utilizado para fines ajenos a los establecidos en el Reglamento de la Ley N° 19.741. La ACHS no se responsabiliza por el uso indebido de este documento. El presente es un documento de uso exclusivo de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y no debe ser utilizado para fines ajenos a los establecidos en el Reglamento de la Ley N° 19.741. La ACHS no se responsabiliza por el uso indebido de este documento.					
 Firma Simple Validado con Cédula	Firmante:	0012393812-7 ROJAS CANDIA, MAURICIO ESTEBAN			
	Institución - Rol:	PERSONA NATURAL			
	Fecha de Firma:	2023-07-26 12:16:09.109335			
	Auditoría Auténtica:	ACHS-F6A0-2V3M-AK4I			
	Operador:	0012393812-7			

Verificado y Firmado por

Derivación de paciente (77 BIS)

(1 páginas)

ACEPTA

ACHS

Creado el: 2023-08-01 10:54:32

N° Documento: X1-8000-028A-S235-CA02

Este documento es una representación de un documento original en formato electrónico. Para verificar el estado actual del documento, verifíquelo en <https://5.dee.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: 0012393812-7 ROJAS CANDIA, MAURICIO ESTEBAN
Institución - Rol: PERSONA NATURAL
Fecha de Firma: 2023-08-01 10:54:33.636917
Auditoría Autentia: ACHS-F6DP-QP26-LNNI
Operador: 0012393812-7