

I. MUNICIPALIDAD DE YUMBEL
DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO

ARCHIVO

REPUBLICA DE CHILE	
PRESIDENCIA	
REGISTRO Y ARCHIVO	
NR.	93/11912
A:	11 JUN 93
P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/>
R.C.A.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input checked="" type="checkbox"/>
L.P.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>
REDEC	<input type="checkbox"/>

ORD. : N°

ANT. : Gab. Pres. (co) N° 93/2461
del 12 -05-93.

MAT. : Informa lo que indica.

YUMBEL, - 7 JUN. 1993

DE : ALCALDE I. MUNICIPALIDAD DE YUMBEL

A : JEFE DE GABINETE PRESIDENCIAL
SR. CARLOS BASCUÑAN EDWARDS

- 1.- El Alcalde que suscribe, tiene a bien informar sobre la situación planteada por la Sra. Andrea Melgarejo y que afecta al Sr. René Evaristo Oliva Vidal, de la localidad de Tomeco.
- 2.- El Sr. Oliva Vidal, inició en este Municipio trámites para obtener Pensión Asistencial de Invalidez D.L. 869, correspondiendo primeramente la evaluación médica del facultativo del Hospital de Yumbel, resolución que posteriormente fue enviada a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de Los Angeles, quien determinó que la incapacidad presentada por el afectado era inferior a 2/3, razón por la cual no correspondía el beneficio al que estaba optando.
- 3.- Lo anterior fue informado en su oportunidad al Sr. Oliva Vidal; y así lo certifica la documentación que se anexa.
- 4.- Para su conocimiento y fines

Saluda atte. a Ud.,



RAUL A. BETANCUR AYALA
ALCALDE

AAS/jal.

Distribución:

- La indicada
- Archivo DESCO.
- Archivo

RESOLUCION DE INVALIDEZ PARA D. L. 869

FOLIO

USO EXCLUSIVO SERVICIOS DE SALUD CUANDO SE SOLICITA
PENSION ASISTENCIAL DE INVALIDEZ, ADJ. AL FONDO COM. 1993

DIA	MES	ANO
FECHA		

La Municipalidad de YUMBEL Código 422

Solicita a los Servicios de Salud, que certifiquen la invalidez y/o edad fisiológica de la persona identificada a continuación, para optar a la pensión dispuesta en el D. L. N° 869.

I. INFORMACION SOLICITANTE

<u>PEPE EVARISTO OLIVA VIDAL</u> NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE	<u>8279922-2</u> CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD
<u>CERRO ALTO, TONECO</u> DOMICILIO INTERESADO	

II. INFORMACION SALUD

<u>LOS ANGELES</u> COMPIN	<u>24 FEB. 1993</u> FECHA RECEP. COMPIN
<u>PABLO BIDEGAIN COFRE</u> NOMBRE MEDICO TRATANTE	<u>Polisarcosis</u> SERVICIO
<u>FECHA DE NACTO.: 13.05.1956.</u> VERIFICACION DE DOMICILIO - COMPIN (SE EFECTUARA SOLO EN CASO DE DUDAS)	

III. CERTIFICACION DE INVALIDEZ Y/O EDAD FISIOLÓGICA MEDICO TRATANTE

FECHA CERTIFICACION 09 12 92
DIA MES AÑO

El Servicio de Salud de _____ previa verificación de la identidad del solicitante individualizado en este formulario certifica lo siguiente:

1. Edad Fisiológica años

2. Invalidez

Diagnóstico LUMBAGO CRÓNICO

Indique la recuperabilidad del solicitante (si procede) y medios para obtenerla:
Fisioterapia reactiva y educación postural reactiva al caminar.

Incapacidad: Igual o Superior a 2/3 (Incapacidad menor a 2/3 no da derecho al beneficio)

<u>Pablo Bidegain Cofre</u> NOMBRE MEDICO INFORMANTE	<u>9489390-1</u> RUT
---	-------------------------

Pablo Bidegain Cofre
MEDICO CIFUENTE
Act: 9.489.890 K
FIRMA Y TIMBRE MEDICO

IV. INFORME MEDICO EXAMINADOR DE LA COMISION O ESPECIALISTA

EVALUADO POR LA COMISION MEDICA, NO SE CONCEDE EL BENEFICIO POR INCAPACIDAD INFERIOR A 2/3.

Dr. Héctor Salas Reyes
NOMBRE MEDICO ESPECIALISTA

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DICTAMEN DE LA COMISION DE INVALIDEZ



RESOLUCION Nº

FECHA

30 MAR 1993

De acuerdo con la información reunida y exámenes practicados, pueden establecerse las siguientes conclusiones:

1. Diagnósticos: - LUMBAGO CRONICO

2. Grado de Incapacidad: Igual o Superior a 2/3 (Incapacidad menor de 2/3 no da derecho al beneficio)

(La causal de invalidez no se debe a un Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional)

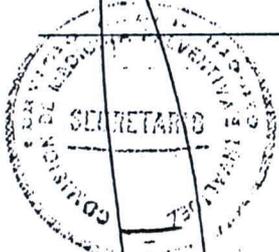
3. Conclusión: El Sr.(a) OLIVA VIDAL, RENE EVARISTO

(Individualizado en el anverso del presente formulario)

REUNE NO REUNE los requisitos de Incapacidad que le permiten optar a la Pensión Asistencial de Invalidez, dispuesta por el D.L. Nº 869.

OBSERVACIONES

INCAPACIDAD INFERIOR a 2/3.



SECRETARIA COMPIN



PRESIDENTE DE LA COMISION DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ (FIRMA Y TIMBRE)

Dra. Annena Diaz Toledo
Vº Bº MEDICO CONTRALOR

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD BIO BIO
VIII REGION DEL BIO BIO
COM.MED.PREV. E INVALIDEZ
LOS ANGELES /

ORD. Nº 254 /



ANT.:

MAT.: SE REMITE SOLICITUD DE PENSION ASISTENCIAL D.L.869 RECHAZADA.-

LOS ANGELES, 30 MAR 1993

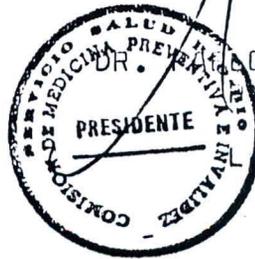
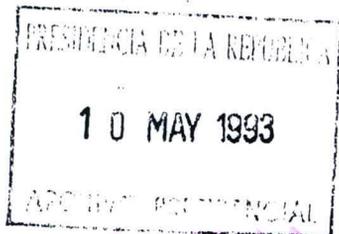
DE: PRESIDENTE COMPIN LOS ANGELES

A : JEFE DEPTO.SOCIAL I.MUNICIPALIDAD DE YUMBEL

Adjunto, remito a Ud. solicitud de Pensión Asistencial D.L.869 correspondiente a D. RENE EV. RISTO OLIVA VIDAL, el cual fué evaluado por la Comisión de Medicina Preventiva determinando INCAPACIDAD INFERIOR a 2/3.

Lo anterior para su conocimiento y trámite a que haya lugar.

Saluda atentamente a Ud.



[Signature]
DR. ALDO MURUA BARBENZA
PRESIDENTE
COMPIN
LOS ANGELES

DR.PMB/XDT/abd.-
DISTRIBUCION:

- LA INDICADA
- ARCHIVO COMPIN

archivos recibidos
[Signature] 7.4.93