

ARCHIVO

1729 *1993-02-22

ORD. No. P-B

(9230921)

REPUBLICA DE CHILE			
PRESIDENCIA			
REGISTRO Y ARCHIVO			
NR.	93/3893		
A:	24 FEB 93		
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	RCA	<input type="checkbox"/>
CBE	<input type="checkbox"/>	MLP	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ANT.: 1) Su Oficio No. (O) 92/6270-92.

2) Carta de A.F.P. Santa Maria S.A. No. GGS/0058, de fecha 19.01.93.

3) Declaración de Invalidez No. 113-0058/93 de fecha 25.01.93.

P.S. 21441

MAT.: Informa lo solicitado.

SANTIAGO,

DE : SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A : SENOR JEFE DE GABINETE PRESIDENCIAL

En respuesta a su Oficio citado en Ant. 1), se informa a usted que el señor Jorge Eduardo Paredes Rebolledo, R.U.T. 9.219.429-9, fue calificado por la Comisión Médica Regional, dictaminándose que el afiliado tiene una incapacidad laboral de un 70%. Dicho dictamen tiene como fecha de máxima de apelación el día 18 de febrero de 1993.

Vencido dicho plazo y en el evento de que no hubiese apelación de alguna de las partes, esto es, afiliado, A.F.P. o Compañía de Seguros, el referido dictamen quedará ejecutoriado y A.F.P. Santa María S.A. deberá iniciar el pago de la respectiva Pensión.

En caso contrario, si se presenta un reclamo a dicho dictamen, el afiliado deberá esperar la Resolución que emita la Comisión Médica Central.

Saluda atentamente a usted,


FRANCISCO J. OPAZO DELPIANO
SUPERINTENDENTE SUBROGANTE
SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES

Adj.: Dictamen de invalidez.

ECA/EER/COM mad.

Distribución:

- Sr. Jefe de Gabinete Presidencial
- Archivo División Prestaciones y Seguros
- Archivo Unidad Análisis de Beneficios
- Oficina de Partes y Archivo



SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISION MEDICA DE LA REGION
METROPOLITANA N° 1

Santiago

, 25 de Enero de 1993

Dictamen N° 113.0058/93

Sesión N° 113.0004/93

**DICTAMEN DE INVALIDEZ
TRABAJADOR AFILIADO**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR AFILIADO

NOMBRES	: PAREDES REBOLLEDO JORGE EDUARDO					GABINETE	: Nacional
R.U.T	: 9.219.429-9	CED. IDENTIDAD	: 9.219.429-9			POBL.	:
DIRECCION	: JOHN KENNEDY - PARADERO 21 1/2	Nº	744	DPTO.		TELEFONO	:
COMUNA	: LA FLORIDA	CIUDAD	: Santiago				
EMPLEADOR	:	Nº		DPTO.		COMU.	
DIRECCION	:						CIUD.
A.F.P	: A.F.P. SANTA MARIA S.A.						
DIRECCION	: LOS CONQUISTADORES No 1700	COMU.	SANTIAGO			CIUD.	SANTIAGO
CIA. ASEGURADORA INVALIDEZ	: AETNA CHILE S.A.						
DIRECCION	: COYANCURA No 2270 OF. 1020	COMU.	PROVIDENCIA			CIUD.	SANTIAGO
ENTIDAD PAGADORA SUBSIDIO	:						
DIRECCION	:	COMU.				CIUD.	

BTOS: La Solicitud de Pensión de Invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha 04/12/92, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez 1010.013.3098.92 y su comparecencia ante esta comisión médica con fecha 28/1 de acuerdo a los artículos 4° y 11° del D.L. N° 3.500, de 1980.

ESTABLECE:

DIAGNOSTICOS

ESQUIZOFRENIA DEFECTUAL IV

CODIGOS
295.6

INCAPACIDAD LABORAL: 70%. (MAYOR DE DOS TERCIOS).

CONSIDERANDO:

QUE LAS ENFERMEDADES ALEGADAS COMO INVALIDANTES, DETERMINAN UNA PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO MAYOR A LOS DOS TERCIOS.

POR LO TANTO ACUERDA: ACEPTAR INVALIDEZ TOTAL A CONTAR DEL 04/12/92.

DEVENGAMIENTO DE LA PENSION:

LA INVALIDEZ PARA LOS EFECTOS DEL GOCE DE LA PENSION RESPECTIVA, SE ESTABLECE QUE ESTA SE DEVENGA A CONTAR DEL 04/12/92.

RESERVACIONES:

LA FECHA DE DEVENGAMIENTO DE LA PENSION CORRESPONDE A LA FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD.

NELSON MEZA MORI

SECRETARIO

PATRICIO GONZALEZ GONZALEZ

PRESIDENTE

NOTIFICACION:

Superintendente de Administradora de Fondos de Pensiones
Administradora de Fondos de Pensiones
Compañía Aseguradora de Invalidez
Entidad Pagadora de Subsidios
Institución Empleadora del Sector Público
Interesado
Archivo

NOTA: El presente Dictamen es reclamable por el afiliado, por la A.F.P. y Cia. Aseguradora ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de A.F.P. El reclamo deberá presentarse por escrito ante esta Comisión Médica Regional, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación; se entenderá por efectuada la notificación al 5° día de la certificación del despacho del Dictamen por correo. Cumplido el cual quedará legalmente ejecutoriado.

TRABAJADOR: En el caso de Dictamen de Invalidez aprobado por la Comisión Médica Regional correspondiente, antes de presentar la renuncia a su empleador, deberá confirmar en la A.F.P. respectiva la procedencia de su pensión.

EMPLEADOR: No debe tomar ninguna medida administrativa o laboral con su trabajador dependiente declarado inválido por la Comisión Médica Regional, antes del vencimiento del plazo de los 15 días hábiles, contados desde la fecha de su notificación, previos a la vigencia legal del Dictamen.

54 FEB 1993