

REPUBLICA DE CHILE
GOBIERNO INTERIOR
INTENDENCIA II REGION
ANTOFAGASTA

REPUBLICA DE CHILE					
PRESIDENCIA					
REGISTRO Y ARCHIVO					
NR.	91/28020				
	20 DIC 91				
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

ARCHIVO 2164
ORD.: No. 2164

ANT.: ORD. 91/2866

MAT.: Responde lo que solicita.

ANTOFAGASTA, 16 DIC. 1991

DE : INTENDENTE II REGION - ANTOFAGASTA

A : JEFE GABINETE PRESIDENCIAL

- 1.- Adjunto remito a Ud. fotocopia de documentación que indica resultados de la Comisión Médica Regional respecto de la solicitud de calificación de invalidez presentada por el señor ADAN GONZALES SEGOVIA, RUT. No. 3.782.840 - 7; la que señala que no procede otorgar la pensión por cuanto su incapacidad no alcanza el mínimo requerido, esto es 50%
- 2.- Los antecedentes señalados se obtuvieron por una coordinación con el Asistente Social de la A.F.P Unión.

Saluda atentamente a Ud. .



BES/KZS/lmb

Distribución:

- 1.- Jefe de Gabinete Presidencial
- 2.- Secret. Sr. Intendente
- 3.- Depto. Social
- 4.- Of. de Partes



24/5/91
[Handwritten signature]

Santiago, Mayo 22 de 1991
DSO/1171/91

000434

Señor
Julio Bustamante Jeraldo
Superintendente de
Administradoras de
Fondos de Pensiones
Presente

REF: Of. Ord. Nro. 4222
P.S.2572

Señor Superintendente :

En atención a lo solicitado en Oficio Ordinario de la referencia, respecto a la presentación efectuada por el señor ADAN GONZALEZ SEGOVIA, RUT. 3.782.846-7 acompaño carta enviada al afiliado antes mencionado y copia de los antecedentes de respaldo.

Saluda atentamente a usted,

[Handwritten signature]

GABRIEL HERRERA SUAZO
Gerente General Subrogante

GHS/*[Handwritten initials]*/chb

090/CH/1171/91
SANTIAGO, 20 de Mayo de 1991

Señor
Adán González Segovia
Ramón Freiré N° 3071 Pob. Prat
Calama

De mi consideración:

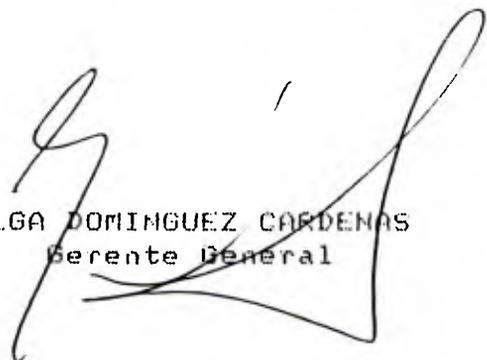
Por disposición de la Superintendencia de A.F.P., me permito informar a Ud. lo siguiente:

1. Con fecha 21.10.85 solicita Ud. Pensión de Invalidez en nuestra Sucursal de Calama y la calificación de ésta por parte de la Comisión Médica Regional.
2. Con fecha 28.01.86 La Comisión Médica Regional de Antofagasta emite Acuerdo N°14.16, estableciendo ampliar el plazo en 60 días a fin de completar Antecedentes Médicos.
3. Con fecha 07.03.86 La Administradora recepciona Dictamen N° II -061-86 de fecha 21.02.86 que rechaza la Invalidez.
4. Con fecha 14.03.86 Ud. interpone un Reclamo al Dictamen que rechazó la Invalidez ante la Comisión Médica Regional.
5. Con fecha 02.07.86 se recepciona Resolución N° 452-86, de la Comisión Médica Regional que rechaza el Reclamo y confirma el Dictamen que declara que no procede otorgar Invalidez.
6. Con fecha 31.01.91 solicita nuevamente pensión de invalidez y calificación de la misma.
7. Con fecha 11.03.91 se recepciona Ord. N° 0195-91 de la Comisión Médica de la Región II, en la cual se nos solicita investigar causas de la no concurrencia de su persona a esa entidad.

8. Con fecha 22.03.91 se informa que es imposible ubicarlo. Posteriormente usted se presentó en nuestra Sucursal de Calama indicándonos que no acudió a la Comisión Médica Regional, ya que su Pensión la está gestionando a través de la Corporación de Desarrollo Social.
9. Con fecha 03.05.91 nos emite un Informe Social la "Ilustre Municipalidad de Calama".
10. Con fecha 03.05.91, nuestra Administradora entregó a usted pasajes ida y regreso a la ciudad de Antofagasta para que pudiera presentarse ante la Comisión Médica Regional.

A la fecha no hemos recibido Dictamen de su nueva presentación, por parte de la Comisión Médica Regional, por lo que no podemos otorgarle la pensión solicitada.

Saluda atentamente a usted,



OLGA DOMINGUEZ CARDENAS
Gerente General

GHS/IGLL/chb

24/05/91

ORD. No. P-B 4222 - 9.MAY 91

ANT: Presentación ante esta Superintendencia.

Caso: SR. ADAN GONZALEZ SEGOVIA

P.S. 2572

MAT: Dispone analizar, solucionar, remitir comunicación al recurrente y respaldar ante esta Superintendencia la situación señalada.

SANTIAGO,

DE: SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

A: SEÑOR GERENTE GENERAL A.F.P. UNION S.A.

1. Adjunto remito a usted fotocopia de la presentación señalada en Ant. EN UN PLAZO MAXIMO DE 5 DIAS HABILES, contado desde la fecha del presente oficio, esa Administradora deberá:
 - a) Analizar detalladamente la presentación referida y ENVIAR UNA CARTA AL (A LA) RECURRENTE, por correo certificado, FIRMADA POR SU GERENTE GENERAL, con copia a esta Entidad, indicando textualmente que se envía "por disposición de la Superintendencia de A.F.P.", en la cual SE DE RESPUESTA A CADA UNO DE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS.
 - b) Remitir a esta Superintendencia COPIA DE LOS ANTECEDENTES que obran en poder de esa Administradora, y un INFORME, si fuere necesario, a fin de que este Organismo tenga un cabal conocimiento del problema.
2. En el caso de que no se hubiere dado estricto cumplimiento a la normativa vigente, esa Administradora deberá señalar las causas que originaron el incumplimiento y las medidas adoptadas para corregir dicha situación.
3. En la eventualidad de que, en el curso de la investigación del caso en estudio, se detectare una situación anómala que requiriera ser regularizada, esa Administradora deberá disponer las medidas necesarias para ello e informar al (a la) recurrente las causas que provocaron el problema, la solución que se logre y la fecha aproximada en que esa situación se encontrará totalmente resuelta.
4. En el caso de que, para concretar la solución, surjan situaciones frente a las cuales se requiera la intervención de esta Superintendencia, deberá enviarse a este organismo fiscalizador un proyecto de solución.

Saluda atentamente a usted,

Por orden del Sr. Superintendente

PEDRO MONTECINOS CANIFRU
JEFE DIVISION PRESTACIONES Y SEGUROS
SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES

Adj.: Presentación señalada.

c.c.: Sr. Adán González Segovia
Ramón Freire 3071, Pob. Prat, Calama

GAO
EER/mfq

DISTRIBUCION

- Sr. Gerente General A.F.P. Unión S.A.
- Arch. División Prestaciones y Seguros
- Unidad de Beneficios
- Arch. Oficina de Pases

14/06/91

DICTAMEN N° **002.0294-91**

ANTOFAGASTA , **06** de **JUNIO** de 19 **91** SESION N° **002.023-91**

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR AFILIADO

GONZALEZ Apellido Paterno	SEGOVIA Apellido Materno	ADAN Nombres
3.782.846-7 R.U.T.	3.782.846-7 Ced. Identidad N°	Gabinete
RAMON FREIRE Calle	N° 3071 Depto.	PRAT Población o Villa
CALAMA Comuna	CALAMA Ciudad	Teléfono
DESEMPLEADO Empleador	Calle	N° Ciudad
UNION Administ. Fondos de Pensiones	SOTOMAYOR Calle	1963 N° CALAMA Ciudad
LA INTERAMERICANA Cía Aseguradora Invalidez	AGUSTINAS Calle	640 N° SANTIAGO Ciudad
Entidad Pagadora de Subsidios	Calle	N° Ciudad

VISTOS: La Solicitud de Pensión de Invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha **31-01-91** , los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N° **1013.002.0050-91** y su comparencia ante esta Comisión Médica con fecha **29-04-91** de acuerdo a los artículos 4° y 11° del D.L. N° 3.500, de 1980.

ESTABLECE:

DIAGNOSTICOS:

(Poner sólo patologías irrecuperables que producen algún grado de invalidez)

CODIGOS:

ARTROSIS LEVE RODILLAS

715.9

INCAPACIDAD LABORAL **MENOR QUE 50% (5%)**

CONSIDERANDO:

QUE LAS ENFERMEDADES ANTES INDICADAS, NO ALCANZAN A PROVOCAR UNA PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO DE A LO MENOS AL 50%.

POR LO TANTO ACUERDA: ~~RECHAZAR INVALIDEZ~~ **///** DE 19 **///**
RECHAZAR INVALIDEZ

DEVENGAMIENTO DE LA PENSION:

Para los efectos del goce de la pensión respectiva, se establece que ésta se devenga a contar del **///**

OBSERVACIONES:

DR. CLAUDIO TORO YAGUI
SECRETARIO MEDICO

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES
COMISION MEDICA REGION
ANTOFAGASTA

IRA. SONIA JIMENEZ WONG
PRESIDENTE

Notificación:
Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones
Administradoras de fondos de pensiones
Compañía Aseguradora de Invalidez
Entidad Pagadora de Subsidios (Serv. de Salud, ISAPRE, Caja de Compensación)
Institución Empleadora del Sector Público
Interesado **ath.**
Archivo

NOTA: El presente Dictamen es reclamable por el afiliado, por la A.F.P. y Cía 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 el 5° día de la certificación del despacho del Dictamen por correo. Cumplido el cual quedará legalmente ejecutoriada.

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, previo a la vigencia legal del Dictamen, y hasta que no sea notificado por la A.F.P. correspondiente de la procedencia de la Pensión respectiva.

12 JUN 1991

RECHAZADA x COMFIN

GUID N° 00012 20/06/88

NOMBRE : GONZALEZ SEGOVIA ADAN

DIRECCION : RAMON FREIRE N° 3071
POB. A. PRAT
CALAMA.

O. LEGAL :: 083

PJE. C.A.S. 519 Ptos.