

RESOLUCION DE INVALIDEZ PARA D. L. 869

USO EXCLUSIVO SERVICIOS DE SALUD CUANDO SE SOLICITO
PENSION ASISTENCIAL DE INVALIDEZ

FOLIO

--

La Municipalidad de _____ Código

--	--	--

día	mes	año
FECHA		

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

NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE										CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD	
DOMICILIO INTERESADO											

II. INFORMACION SALUD

CODIGO		C O M P I N					FECHA RECEP. COMPIN				
NOMBRE MEDICO TRATANTE						SERVICIO					
VERIFICACION DE DOMICILIO - COMPIN (SE EFECTUARA SOLO EN CASO DE DUDAS)											

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

FECHA CERTIFICACION						día mes año				
El Servicio de Salud de _____										
previa verificación de la identidad del solicitante individualizado en este formulario certifica lo siguiente:										
1. Edad Fisiológica <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años										
2. Invalidez										
Diagnóstico: _____										

Indique la recuperabilidad del solicitante (si procede) y medios para obtenerla:										

Incapacidad: Igual o Superior a 2/3 <input type="checkbox"/> (Incapacidad menor a 2/3 no da derecho al beneficio)										
NOMBRE MEDICO INFORMANTE						RUT				
FIRMA Y TIMBRE MEDICO										

IV. INFORME MEDICO EXAMINADOR DE LA COMISION O ESPECIALISTA:

Nombre Médico Especialista

Firma Médico Especialista

DICTAMEN DE LA COMISION DE INVALIDEZ

Resolución N°

--	--	--	--	--	--

Fecha

--	--	--

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

1. DIAGNOSTICOS: _____

2. Grado de incapacidad: IGUAL O SUPERIOR A 2/3

(Incapacidad menor a 2/3 no da derecho al beneficio)

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

3. CONCLUSION: El Sr. _____

(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. N° 869.

OBSERVACIONES _____

SECRETARIA COMPIN

V°B° MEDICO CONTROLADOR

PRESIDENTE de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Firma y Timbre)

Dus Pilitas IMPRENTA - Puno 210014 - Lic. Soreni

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI NO LLEVA EL TIMBRE DE AGUA DE LA COMISION DE INVALIDEZ