



HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS
DEPTO. ADMINISTRACION DEL PERSONAL
AZP/BCR/CCP/CMO/ccb

CIRCULAR N° 030
MAT.: PÓLIZAS DE FIANZA.
ANTOFAGASTA, 06 FEB 2025

A : JEFES Y/O SUPERVISORES DE UNIDADES CLÍNICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE APOYO.
DE : DIRECTOR, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Junto con saludar, con el propósito de asegurar el correcto cumplimiento de deberes y obligaciones de los bienes del estado, el cual se contempla dentro del decreto 2421 que fija el texto refundido de organización y atribuciones de la contraloría general de la república , en su art. 68°, la cual señala que todo funcionario que tenga a cargo la recaudación, administración o custodia de fondos o bienes del Estado, de cualquier naturaleza, debe rendir caución con la finalidad de asegurar el correcto cumplimiento de sus deberes y obligaciones. En este sentido se solicita a cada jefatura de unidad y/o subrogante mantener actualizada sus pólizas de fianzas asociadas a su unidad.

De acuerdo con el siguiente detalle:

UNIDAD	CARGO	SUBDIRECCIONES
Unidad de Abastecimiento	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Departamento de logística y adquisiciones	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Logística Bodega de Farmacia	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Cobranza	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Contabilidad	Jefatura y Cajera	Subdirección Administrativa
Unidad de Finanzas	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Informática	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Inventario	Jefe y Jefatura Subrogante y funcionarios.	Subdirección Administrativa
Unidad de Tesorería	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Recaudación	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Cajera de Recaudación	Cajeros	Subdirección Administrativa
Subdirección Administrativa	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Unidad de Equipos Médicos	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Administrativa
Enfermera Supervisora de Emergencia	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección de Enfermería
Cajera de Emergencia	Cajeros	Subdirección Médica
Unidad de Farmacia	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Médica
Unidad de Alimentación	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección Médica
Unidad de Movilización (choferes)	Choferes	Subdirección de Operaciones
Operaciones y Mantención	Jefe y Jefatura Subrogante	Subdirección de Operaciones
Unidad de Bienestar	Encargado de Bienestar	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Oficina de Partes	Jefatura y Administrativos	Dirección
Dirección	Director y Subrogante	Dirección
Unidad de Proyecto	Jefe y Jefatura Subrogante	Dirección

Cabe señalar que para solicitar la gestión de póliza de fianza, se debe de solicitar al Departamento Administracion del personal el formulario de solicitud, el cual debe ser completado por el funcionario que va a hacerse cargo de la caución según el cargo que desempeñe.

Es importante señalar que, para dar término a la póliza de fianza, ya sea por cambio de unidad o por cambio de funciones dicha gestión **NO ES AUTOMÁTICA**, por lo que es **Obligación de cada jefatura** solicitar el término y mantener actualizada las pólizas de su área, entregando información oportuna al Departamento Administración del Personal. De acuerdo con lo señalado en el art. 69° del mismo cuerpo normativo, el cual indica que los jefes de servicio deben velar, porque sus subalternos cumplan con esta obligación.

Sin otro particular, le saluda cordialmente.


ANTONIO ZAPATA PIZARRO
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

DISTRIBUCIÓN: 18

- **Indicado..**
- Depto. Planificación y Control de Gestión RRHH
- Depto. Administración de Personal.



ENCOMENDEROS 113, LAS CONDES
FONO 4229000, FAX 4229399
FAX 4260846

VISACION
CONTRALORIA GENERAL DE LA
REPUBLICA

FORMULARIO N°

PROPUESTA FIANZA

RIESGO

41	FIDELIDAD FUNCIONARIA VALORES FISCALES
42	PERMANENCIA
43	FIDELIDAD FUNCIONARIA CONDUCTORES
44	FIDELIDAD FUNCIONARIA VALORES PRIVADOS

FUENTE LEGAL

I.- ANTECEDENTES GENERALES

MONEDA			N° POLIZA	N° POLIZA ANTERIOR	COD. SUCURSAL	NOMBRE SUCURSAL
U.F.	UNIDAD DE FOMENTO	02				
I.M.	INGRESOS MINIMOS	08				
A.S.B.	AÑOS SUELDO BASE	30				
U.T.M.	UNIDAD TRIBUTARIA MENSUAL	31				
	OTRAS					
FECHA DE EMISION	VIGENCIA		VIGENCIA EN DIAS	CODIGO INTERMEDIARIO	NOMBRE Y DIRECCION DEL INTERMEDIARIO	
	DESDE	HASTA				

II.- ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO O ALUMNO

RUT		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)					
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NUMERO, DEPTO., COMUNA)						E-MAIL	
CIUDAD		REGION	TELEFONO	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA			
				USO DE LA COMPAÑIA			
CARGO			GRADO	SUELDO BASE			
EN CASO DE CURSO O BECA INDIQUE DURACION				NUMERO INTERNO FUNCIONARIO			
DESDE				HASTA			
INSTITUCION O EMPRESA A QUE PERTENECE				NOMBRE			
RUT							
DOMICILIO		CALLE	NUMERO		COMUNA		
CIUDAD		REGION	TELEFONO	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA			
				USO DE LA COMPAÑIA			
UNIDAD, REPARTICION, AGENCIA, OF. ZONAL		NOMBRE					
DOMICILIO		CALLE	NUMERO		COMUNA		
CIUDAD		REGION	TELEFONO	CODIGO UBICACION GEOGRAFICA			
				USO DE LA COMPAÑIA			

III.- ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	<input type="checkbox"/>	(MARQUE LA ALTERNATIVA QUE	VISACION INSTITUCION
REPARTICION A LA QUE PERTENECE	<input type="checkbox"/>	CORRESPONDE)	
RUT BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>		
CODIGO UBICACION GEOGRAFICA			
<input type="checkbox"/>		USO DE LA COMPAÑIA	FECHA:

IV.- MONTOS Y PRIMAS

MONTO ASEGURADO (moneda de origen)	<input type="text"/>	TASA:	<input type="text"/>	PRIMA:	<input type="text"/>
MONTO ASEGURADO (pesos)	<input type="text"/>			DESCUENTO:	<input type="text"/>
				RECARGO:	<input type="text"/>
RESUMEN PRIMA	PRIMA NETA AFECTA	IVA	PRIMA NETA EXENTA	PRIMA TOTAL	

V.- PLAN DE PAGO

(máximo 12 cuotas)	(ver factor de interés)	DD / MM / AAAA	
<input type="text"/> CANTIDAD DE CUOTAS	<input type="text"/> MONTO DE CADA CUOTA	<input type="text"/> FECHA 1ER. VENCIMIENTO	<input type="text"/> VIA DE PAGO

VI.- LUGAR DE COBRANZA

RUT INSTITUCION <input type="text"/>	NOMBRE INSTITUCION <input type="text"/>
DIRECCION (CALLE, NUMERO, DEPTO, COMUNA) <input type="text"/>	
CIUDAD <input type="text"/>	REGION <input type="text"/>
CODIGO UBICACION GEOGRAFICA <input type="text"/> USO DE LA EMPRESA <input type="text"/>	

VII.- TIPO DE CONTRAGARANTIA

01 SIMPLE	<input type="text"/>	05 HIPOTECA	<input type="text"/>
02 CON AVALES	<input type="text"/>	06 OTRO	<input type="text"/>
03 LETRA	<input type="text"/>	07 NO HAY	<input type="text"/>
04 PAGARE	<input type="text"/>		

DECLARACION DEL PROponente:

DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES SOBRE CAUCIONES, AGRADECERE AL SR. GERENTE GENERAL DE HDI SEGUROS S.A., SE SIRVA EXTENDER LA POLIZA DE FIANZA QUE SOLICITO, FACULTANDOLO PARA QUE LOS MONTOS EXPRESADOS EN VALORES O TIPOS DE MONEDA REAJUSTABLE SE REACTUALICEN EN FORMA AUTOMATICA, SEGUN LAS VARIACIONES QUE ELLOS EXPERIMENTEN YA SEA POR REAJUSTES, ASCENSOS, NOMBRAMIENTOS O CUALQUIER OTRA CAUSA Y SIN RESPONSABILIDAD PARA LA COMPAÑIA EN CASO QUE NO SE EFECTUE OPORTUNAMENTE ESTA REACTUALIZACION.

ME COMPROMETO A REEMBOLZAR A LA COMPAÑIA TODO PAGO QUE SE VEA OBLIGADA A EFECTUAR CON MOTIVO DE ESTA FIANZA, RECONOCIENDO DESDE LUEGO, EL DERECHO A EJERCITAR EL COBRO DE LAS CANTIDADES PAGADAS POR VIA EJECUTIVA SI NO REEMBOLSARE ESTOS FONDOS EN SU OPORTUNIDAD.

CON LA EMISION DE LA PRESENTE PROPUESTA, NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR UNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADO Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL FUNCIONARIO O ALUMNO

Casa Matriz: Encarnación 113 Las Condes-Santiago Mesa Central: 4229000 Servicio al Cliente: 800 21 01 08 Página web: www.hdi.cl E-mail: contacto@hdi.cl

