

San Salvador, 28 de octubre de 2020

Ref. IAIP.A1-01.290-2020
Asunto: Convocatoria –AO–

Comisionada
Yanira del Carmen Cortez Estevez
Presente.

Estimada Comisionada:


Reciba un cordial saludo de parte del Instituto de Acceso a la Información Pública -IAIP-.

De conformidad con el Art. 52 inciso 2° de Ley de Acceso a la Información Pública -LAIP- y Art. 11 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del IAIP, de la manera más atenta se le convoca a la Audiencia Oral con referencia NUE AO 128-A-2020, en sustitución de Comisionada Liduvina Escobar, por motivos de salud. La audiencia está programada este día a las 11:00 am a través de Google Meet.

En tal sentido se le convoca formalmente para tal efecto, agradeciendo su apoyo.

Sin otro particular, me suscribo.

“DIOS UNIÓN LIBERTAD”



Lcdo. Ricardo José Gómez Guerrero
Comisionado Presidente
Instituto de Acceso a la Información Pública, IAIP.



San Salvador, 04 de noviembre de 2020

Ref. IAIP.A1-01.297-2020

Asunto: Convocatoria cobertura Audiencias Orales

Comisionada
Daniella Huevo
Presente.

Estimada Comisionada:

Reciba un cordial saludo de parte del Instituto de Acceso a la Información Pública -IAIP-.

De conformidad con el Art. 52 inciso 2° de Ley de Acceso a la Información Pública -LAIP- y Art. 11 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del IAIP, de la manera más atenta se le convoca suplir las Audiencias Orales programadas para jueves 05 de noviembre de los corrientes, en horario de 9:00 , 10:00 y 11:00 am, en ausencia de Comisionada Liduvina Escobar por motivos de salud.

Las audiencias se desarrollarán a través de Google Meet.

En tal sentido se le convoca formalmente para tal efecto, agradeciendo su apoyo.

Sin otro particular, me suscribo.

"DIOS UNIÓN LIBERTAD"


Ldo. Ricardo José Gómez Guerrero
Comisionado Presidente

Instituto de Acceso a la Información Pública, IAIP.





San Salvador, 13 de noviembre de 2020

Ref. IAIP.A1-01.304-2020

Asunto: Cobertura AO

Comisionada
Daniella Huezo Santos
Comisionado
Gerardo José Guerrero Larín
Presentes.

Comisionada y Comisionado:

Reciban un cordial saludo de parte del Instituto de Acceso a la Información Pública -IAIP-.


De conformidad con el Art. 52 inciso 2° de Ley de Acceso a la Información Pública -LAIP- y Art. 11 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del IAIP, de la manera más atenta se les convoca suplir la Audiencia Oral, la cual está programada para lunes 16 de noviembre de los corrientes a las 2:00 p.m. La cobertura será en sustitución de Comisionada Claudia Liduvina Escobar -suple Lcda. Daniella Huezo- y Comisionado Luis Javier Suárez -suple Lcdo. Gerardo Guerrero-.

La audiencia se desarrollará a través de Google Meet.

En tal sentido se les convoca formalmente para tal efecto, agradeciendo su apoyo.

Sin otro particular, me suscribo.

"DIOS UNIÓN LIBERTAD"


Lcdo. Ricardo José Gómez Guerrero
Comisionado Presidente
Instituto de Acceso a la Información Pública, IAIP.



San Salvador, 04 de diciembre de 2020

Ref. IAIP.A1-01.319-2020

Asunto: Cobertura por incapacidad médica

Comisionada
Daniella Huezo
Presente.

Estimada Comisionada:

Reciba un cordial saludo de parte del Instituto de Acceso a la Información Pública -IAIP-.

De conformidad con el Art. 52 inciso 2° de Ley de Acceso a la Información Pública -LAIP- y Art. 11 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del IAIP, de la manera más atenta se le convoca ejercer suplencia del 07 al 23 de diciembre de los corrientes, por motivo de incapacidad médica notificada por Comisionada Liduvina Escobar.

En tal sentido se le convoca formalmente para tal efecto, agradeciendo su apoyo.

Sin otro particular, me suscribo.



"DIOS UNIÓN LIBERTAD"

Lcdo. Ricardo José Gómez Guerrero
Comisionado Presidente
Instituto de Acceso a la Información Pública, IAIP.




INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIOS

Versión pública, Art. 30 de la LAIP.
Se han suprido datos personales.

 <p>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</p>		<p>1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO</p> 															
<p>2. RIESGO Y TIPO DE TRABAJADOR</p> <table border="1"> <tr> <td>Enfer. Común</td> <td>Enfer. Profes.</td> <td>Accid. Común</td> <td>Accid. de Trab</td> <td>Mater-nidad</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Régimen General</td> <td>Trabajador Independiente</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab	Mater-nidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Régimen General	Trabajador Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. TIPO DE INCAPACIDAD</p> <p>Inicial <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Prórroga <input type="checkbox"/></p>	
Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab	Mater-nidad													
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Régimen General	Trabajador Independiente																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>4. NOMBRE DEL ASEGURADO</p> <p><i>Claudia Liduvina Escobar Campos</i></p>		<p>5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>#</p>															
<p>6. SEXO</p> <table border="1"> <tr> <td>1 M</td> <td>2 F</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 M	2 F	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>7. TELÉFONO DE ASEGURADO O PARIENTE TELÉFONO PATRONAL</p>		<p><input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN</p>										
1 M	2 F																
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																
<p>9. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO DEPARTAMENTO MUNICIPIO</p>		<p>8. OCUPACIÓN</p> <p><i>Comisionada</i></p>															
<p>10. NOMBRE DEL PATRONO</p>		<p>11. No. PATRONAL</p>															

<p>12. PERÍODO DE INCAPACIDAD DESDE</p> <table border="1"> <tr> <td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>S</td><td>E</td> <td></td><td></td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	N	E	B	R	R	Y	N	U	L	O	S	E				<input checked="" type="checkbox"/>																											<p>HASTA</p> <table border="1"> <tr> <td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>S</td><td>E</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	N	E	B	R	R	Y	N	U	L	O	S	E																														
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																			
N	E	B	R	R	Y	N	U	L	O	S	E				<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																														
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																			
N	E	B	R	R	Y	N	U	L	O	S	E																																																																																																																																																																		
<p>TOTAL DE DÍAS (EN NÚMEROS) <i>28</i> (EN LETRAS) <i>veinte y ocho</i></p>		<p>13. FECHA DE EXPEDICIÓN</p> <p><i>16 DIC 2020</i></p>																																																																																																																																																																											

<table border="1"> <tr> <th>14. FECHA DE</th> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>ACCIDENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOSPITALIZACIÓN</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FALLECIMIENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	14. FECHA DE	DÍA	MES	AÑO	ACCIDENTE				PARTO				HOSPITALIZACIÓN				ALTA				FALLECIMIENTO				<p>15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO</p> <p><i>Dr. Marvin Antonio Flores Arévalo</i> <i>DOCTOR EN MEDICINA</i> <i>J.V.P.M. No. 12159</i></p>	<p>16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE</p> 
14. FECHA DE	DÍA	MES	AÑO																							
ACCIDENTE																										
PARTO																										
HOSPITALIZACIÓN																										
ALTA																										
FALLECIMIENTO																										
	<p>17. NOMBRE PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ</p> <p><i>Lic. Ruth Elizabeth García de Bedor</i> <i>ENCUADRA EN TRABAJO SOCIAL</i></p>	<p>18. Vo.Bo. DIRECTOR U.M. (30 DÍAS O MÁS)</p>																								

19. DIAGNÓSTICO

USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS			
20. LUGAR DE RECEPCIÓN		21. TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA	
22. AFP QUE COTIZA	23. BANCO	24. FECHA DE PARTO SEGÚN PLANTARES	
25. OBSERVACIONES			
26. FIRMA DEL RECEPCIONISTA		27. FECHA DE RECEPCIÓN SOLICITUD	