# Manual de Ingreso de Justificaciones de Inasistencias por Motivos de Salud



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA



## ¿CÓMO INGRESAR UNA JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS POR MOTIVOS DE SALUD?

Ingresa al Intranet Institucional y al Menú Alumno



## Ingresa a Coord. Salud Estudiantil



Alumno Consultas Cuenta Corriente Correo UFROMAIL

DDE

Coord.Salud Estudiantil

Inscripción Horarios

Evaluación P.A.A.U. Ver Activ. Extracurriculares F O H I G

Social

Votaciones

y/o Grado Resultados Diagnóstico Continuidad de Estudios

Inscripción Cursos/Talleres

Archivo Universitario Documentos Compartidos Identidad Visual Corporativa Firma Electrónica Fotografía Digital Mis Claves Buscadores Terminar Sesión

Incorporación Nombre

Solicitud Certificados

Expediente de Titulo

Equidad de Género







Miércoles, 5 de Junio de 2024



puede consultar a través de la Intranet

de la Universidad de La Frontera.

Av. Fco.Salazar 01145 Temuco - Chile - Casilla 54-D - Teléfono:(56)45-2325000 - Fax:(56)45-2325950 Servicios y Soporte Técnico: Dirección de Informática Contacto: wdinfo@ufrontera.cl - Teléfono:(56)45-2325500

## Posteriormente, ingresa a Certificados de Salud



AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL VAMOS JUNT®S: VAMOS POR MÁS



Portada Consultas **Cuenta Corriente** DDE Coord.Salud Estudiantil Certificados de Salud Inscripción Horarios Evaluación P.A.A.U. Ver Activ. Extracurriculares Solicitud Certificados **Expediente de Titulo** y/o Grado Agrupaciones Estudiantiles Administrar Votaciones Modificar Candidatura Terminar Sesión

#### Bienvenido a la Intranet de la Coordinación de Salud Estudiantil

BUSCADOR

WEBMAIL

Q

Coordinación Salud Estudiantil

La Coordinación de Salud Estudiantil, como unidad de apoyo a la formación de los estudiantes de la Universidad de La Frontera, tiene como misión mejorar la calidad de vida y propiciar su autocuidado, a través de la atención de sus problemas de salud, desarrollando acciones de promoción, prevención, orientación y tratamiento, que contribuyan al logro de una formación integral.

## Para ingresar una Justificación por Motivos de salud haz click en **Registrar Nuevo Certificado**

| IRANET                  |                        | VAL      |                      | Nuestro<br>OMPROMIS<br>es la | 60<br>A |                |            |         | Q BUSCADO                     |
|-------------------------|------------------------|----------|----------------------|------------------------------|---------|----------------|------------|---------|-------------------------------|
| z                       | VAMOS JUNT             | @S VA    | AMOS POR MÁS         | EXCELENC                     | A       |                |            |         | WEBMAIL                       |
| Portada > Alumno > Coor | d Salud Estudian       | til > Ce | ertificados de Salud |                              |         |                |            |         |                               |
| Portada                 |                        |          |                      |                              |         |                |            | Certi   | ficados de Saluc              |
| Consultas               |                        |          |                      |                              |         |                |            | - Corta | liércoles, 5 de Junio de 2024 |
| Cuenta Corriente        |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| DDE                     |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Coord. Salud            |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Estudiantil             |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Certificados de Salud   |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Inscripción             |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Horarios                |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Evaluación              |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| P.A.A.U.                |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Ver Activ.              | Registrar Nuevo Manual |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Extracurriculares       | Certificado            |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Solicitud               |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Certificados            | CERT                   | IFICAL   | DOS DE SALUD REGIST  | RADAS                        |         |                |            |         |                               |
| Expediente de Titulo    |                        |          | Facha Degistra       | Enter                        |         | F.Inicio       | F.Término  | Nº Dían |                               |
| y/o Grado               |                        | N-       | Fecha Registro       | Estat                        | 10      | Reposo         | Reposo     | Nº Dias |                               |
| Agrupaciones            |                        |          |                      |                              |         | Constantia con |            |         |                               |
| Estudiantiles           | 1                      | 1        | 22/05/2024           | Aprobada                     |         | 14/05/2024     | 15/05/2024 | 2,0     |                               |
| Administrar             |                        |          |                      |                              |         |                |            |         | <b>V</b>                      |
| Modificar               |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Candidatura             |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Terminar Sesión         |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |
| Terminar Sesion         |                        |          |                      |                              |         |                |            |         |                               |

Av. Fco.Salazar 01145 Temuco - Chile - Casilla 54-D - Teléfono:(56)45-2325000 - Fax:(56)45-2325950 Servicios y Soporte Técnico: Dirección de Informática Contacto: wdinfo@ufrontera.cl - Teléfono:(56)45-2325500

En esta pantalla, aparecerá el ingreso y estado de tus Justificaciones de Inasistencias por motivos de salud previas.

Aquellas justificaciones de inasistencias que han sido correctamente enviadas aparecerán con el símbolo de lupa, mientras que las que se encuentran en borrador podrás editarlas.

|                            | AUTOEVALUACIÓN                              | Nuestro                       |                      |                          |                              |
|----------------------------|---|-------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| 7                          | INSTITUCIONAL<br>VAMOS JUNT®S VAMOS POR MÁS | es la<br>EXCELENCIA           |                      |                          | WEBMAIL                      |
| rtada > Alumno > Coord     | .Salud Estudiantil > Certificados de Salu   | Jd                            |                      |                          |                              |
| ortada                     |   |                               |                      | Certi                    | ficados de Saluo             |
| onsultas                   |   |                               |                      | M                        | liércoles, 5 de Junio de 202 |
| uenta Corriente            |   |                               |                      |                          |                              |
| DE                         |   |                               |                      |                          |                              |
| oord. Salud<br>studiantil  |   |                               |                      |                          |                              |
| cha Preventiva de<br>Ilud  |   |                               |                      |                          |                              |
| ertificados de Salud       | Registro Certificado                        | Salud                         |                      |                          |                              |
| scripcion                  |   |                               |                      |                          |                              |
| valuación                  |   |                               |                      |                          |                              |
|                            | [   |                               |                      |                          |                              |
| A.A.U.                     | INFORMACION DEL                             | CERTIFICADO                   |                      |                          |                              |
| a Acuv.<br>dracurriculares | Tino de Licencia:                           | Mía                           | Tino de Renoso:      | Total                    |                              |
| licitud                    | npo de Licencia.                            | - Mild                        | npo de Reposo.       | Iotai                    |                              |
| ertificados                | F Emisión                                   | (dd/mm/aaaa)                  | Nº días de renoso:   |                          |                              |
| pediente de Titulo         | T. Emision.                                 | (dummadda)                    | ra alas de reposo.   |                          |                              |
| Grado                      | E Inicio Reposo:                            | (dd/mm/aaaa)                  | Hora inicio Reposo:  | (formato 24 hrs. hh:mm   | n l                          |
| rupaciones                 | T. mole repore.                             | (dainin dada)                 | nord more respecte.  | (10111010 2 1 1101 11111 | ×                            |
| tudiantiles                | F. Término Reposo:                          | (dd/mm/aaaa)                  | Hora término Reposo: | (formato 24 hrs. hh:mm   | )                            |
| lministrar                 |   |                               |                      |                          |                              |
| taciones                   |   |                               |                      |                          |                              |
| odificar                   |   |                               |                      |                          |                              |
| ndidatura                  | Diagnóstico:                                |                               |                      |                          |                              |
| rminar Sesion              |   |                               |                      |                          |                              |
|                            |   |                               |                      |                          |                              |
|                            | Tipo de Profesional:                        | Seleccione Tipo Profesional 🗸 | Nombre Profesional:  |                          |                              |
|                            |   |                               |                      |                          |                              |
|                            | Lugar Emisión:                              | Seleccione Lugar Emision 🗸    | Servicio:            | Ciudad:                  |                              |
|                            |   |                               |                      |                          |                              |
|                            |   |                               |                      |                          |                              |
|                            |   |                               |                      |                          |                              |
|                            |   | A                             |                      | -                        |                              |
|                            |   | Chequear                      |                      | Envier Certificado       |                              |
|                            | F   | stado Certificado             |                      | Enviar Certificado       |                              |
|                            |   |                               | Concernance of the   |                          |                              |
|                            |   |                               | VOLVER               |                          |                              |

Luego, deberás completar el Registro de Certificado de Salud. Es importante que llenes todos los campos para que puedas enviarla correctamente.

El tipo de reposo hace referencia a la cantidad de tiempo que estás justificando tu inasistencia.

Si solo faltaste a una actividad durante el día (por ejemplo, a la jornada de la tarde), debes indicar reposo parcial.

Si faltaste uno o más días completos, debes indicar reposo total.

La fecha de emisión refiere a la fecha en que se generó tu certificado.

## **Ejemplo:**

Si tu inasistencia inició el día lunes 03, pero acudir al servicio de Urgencias durante el día martes 04, la fecha de emisión del certificado será desde el 04.

Sin embargo, la fecha de inicio del reposo será desde el lunes 03.

\*Es importante clarificar que, si tu reposo fue por el total de 1 día, tu justificación debe hacerse con inicio y final durante el mismo día.

Por ejemplo, si tu inasistencia se produjo por todo el día durante el día 03 de Junio, La fecha de inicio del reposo será: 03/06/2024

La fecha de Término del Reposo: 03/06/2024

Diagnóstico: Debes describir textual el diagnóstico otorgado por el profesional de salud.

Al completar los datos, debes seleccionar el botón AGREGAR

| Registro Certificado Salud         |                        |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|
| Borrador registrado correctamente. |                        |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
|                                    |                        |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
| INFORMACIÓN DEL                    | CERTIFICADO            |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
| Tipo de Licencia:                  | Mía                    | ~                   | Tipo de Reposo:                   | Total 🗸                    |  |  |  |  |  |
| F. Emisión:                        | 05/06/2024             | (dd/mm/aaaa)        | Nº días de reposo:                | 1                          |  |  |  |  |  |
| F. Inicio Reposo:                  | 05/06/2024             | (dd/mm/aaaa)        | Hora inicio Reposo:               | (formato 24 hrs. hh:mm)    |  |  |  |  |  |
| F. Término Reposo:                 | 05/06/2024             | (dd/mm/aaaa)        | Hora término Reposo:              | (formato 24 hrs. hh:mm)    |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico:                       |                        |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
| Tipo de Profesional:               | Médico                 | ~                   | Nombre Profesional:               |                            |  |  |  |  |  |
| Lugar Emisión:                     | Consultorio            | ~                   | Servicio:                         | CESFAM AMAN Ciudad: TEMUCO |  |  |  |  |  |
| MODIFICAR LIMPIAR                  |                        |                     |                                   |                            |  |  |  |  |  |
| N° Nivel N°<br>Asig. Hrs.          | rel N° Mod. Mod. Códig |                     | Asignatura                        | Tipo Activ.                |  |  |  |  |  |
| 46 9 24.0                          | 4                      | EPS502 MODU<br>PROF | JLO INTEGRADO DE COM<br>ESIONALES | MPETENCIAS Clase -         |  |  |  |  |  |
|                                    | A<br>Chequear          |                     |                                   | Enviar Certificado         |  |  |  |  |  |

En este apartado, debes seleccionar el **botón**  $\bigcirc$  para indicar la o las asignaturas que deseas justificar.

Si te equivocaste en la selección, debes apretar el botón X

Puedes verificar en el ícono **"Chequear Estado Certificado"** que cumpla con todos los criterios solicitados.

En caso de que falte algún dato relevante, aparecerá seleccionado con una X.

×

intranet.ufro.cl/alumno/semda/form\_licencia\_med\_chk.php

#### VALIDACIÓN BORRADOR DE LA LICENCIA MÉDICA

| Validación   | Estado   |
|--|----------|
| Fecha de inicio de reposo indicada   | <b>«</b> |
| Fecha de término de reposo indicada  | <b>«</b> |
| Se indica Nº días de reposo  | <b>«</b> |
| No Concuerdan fechas de reposo según Nº días de reposo                           | <b>«</b> |
| Cumple plazo de hasta 5 días hábiles desde iniciado el reposo<br>para justificar | <b>«</b> |
| Se registran asignaturas a justificar  | ×        |

Hay datos y/o Cumple con los requerimientos

No hay datos y/o No cumple con los requerimientos

#### <u>CERRAR</u>

Para finalizar el proceso deben seleccionar el botón Enviar Certificado



Una vez que tu solicitud de justificación de inasistencia se encuentre correctamente emitida, recibirás un correo electrónico a tu **CORREO INSTITUCIONAL UFROMAIL** indicando que el proceso se encuentra completado.

## Aquí se indica que deberás enviar la copia original de tu certificado de salud al correo inasistencia.salud@ufrontera.cl

Una vez generado este proceso, la Coordinación de Salud Validará internamente a través de su plataforma, que tu certificado de Salud, una vez se encuentre verificado que el proceso se encuentra correctamente emitido.

Al validar esta justificación recibirás una notificación al correo de que tu certificado se encuentra válidamente tramitado.

Asimismo, y resguardando datos confidenciales, recibirá un correo de validación de tu justificación:

- Director/a de carrera
- Docente a cargo de la asignatura (inscrito en intranet)

\*Recuerda que, "confeccionar por cualquier medio documentos falsos o supuestos, o adulterar documentos auténticos para ser presentados en la Universidad o fuera de ella" constituye una falta grave de acuerdo al Reglamento de Convivencia Estudiantil.

## PLAZOS

Recuerda, que el plazo para presentar tu solicitud de inasistencias por motivos de salud es de máximo 5 días desde iniciado el periodo de reposo.

## Ejemplo 1

Si tu inasistencia se produjo por un periodo de 3 días, fuiste a un médico el mismo día quien indicó reposo el día lunes 03 de Junio:

- Tendrás 5 días para presentar su justificación, iniciando siempre desde el primer día de reposo: desde el lunes 03 (día que inicia tu reposo) al viernes 07 de junio (incluido).
- Si cargas tu justificación de inasistencias el lunes 10, esta se rechazará por encontrarse fuera de plazo.

## Ejemplo 2

Si tu inasistencia se produjo por un periodo de 2 días desde el día jueves 06 al viernes 07. Además, fuiste a un médico el segundo día (viernes), quien indicó reposo por 3 días.

- Tendrás 5 días para presentar esta justificación, iniciando siempre desde el primer día de reposo. Es decir, desde el jueves 06 (día que inicia tu reposo) al lunes 10 de junio (incluido).
- Si cargas tu justificación de inasistencias el martes 11, esta se rechazará por encontrarse fuera de plazo.

Recuerda que este procedimiento se encuentra descrito en el Reglamento de Régimen de Estudios de Pregrado en el artículo 50. Si deseas justificar inasistencias por otros motivos de fuerza mayor, como: enfermedad de un hijo(a), citación a tribunales, situación laboral, fallecimiento de un familiar y otras circunstancias de similar importancia; deberá justificar su inasistencia con su director(a) de carrera, quien podrá consultar o requerir mayores antecedentes a la instancia que estime pertinente, para decidir la aceptación o no de la justificación.

# Manual de Ingreso de Justificaciones de Inasistencias por Motivos de Salud



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

