



# Enrolamiento 10 Dedos

Capacitación Prestador

# Inicio de Sesión



Nuevo teléfono Call Center 714 9500



Inicia sesión el Operador I-Med. Ingresas con su Rut en usuario y Contraseña

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Inicio de Sesión



The screenshot shows the 'i-med - Menú Principal' login screen. At the top, there are logos for 'autentia IDENTIDAD GARANTIZADA' and 'i-med'. Below the logos, there are input fields for 'RUT:' and 'Sr:'. The main instruction reads: 'Por favor, coloque su dedo INDICE de la mano DERECHA sobre el lector'. A hand is shown placing a finger on a scanner. Below the scanner, there are two hand icons and a question mark icon. At the bottom, there are 'Cancelar' and 'Cerrar' buttons. The 'i-med Red médica' logo is at the bottom center.

**Registro de huella del operador I-Med**

**2º Hacer click en Grabar**  
Aparecerá un nº en Folio Apertura y la glosa Caja Abierta en "Estado Caja"

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

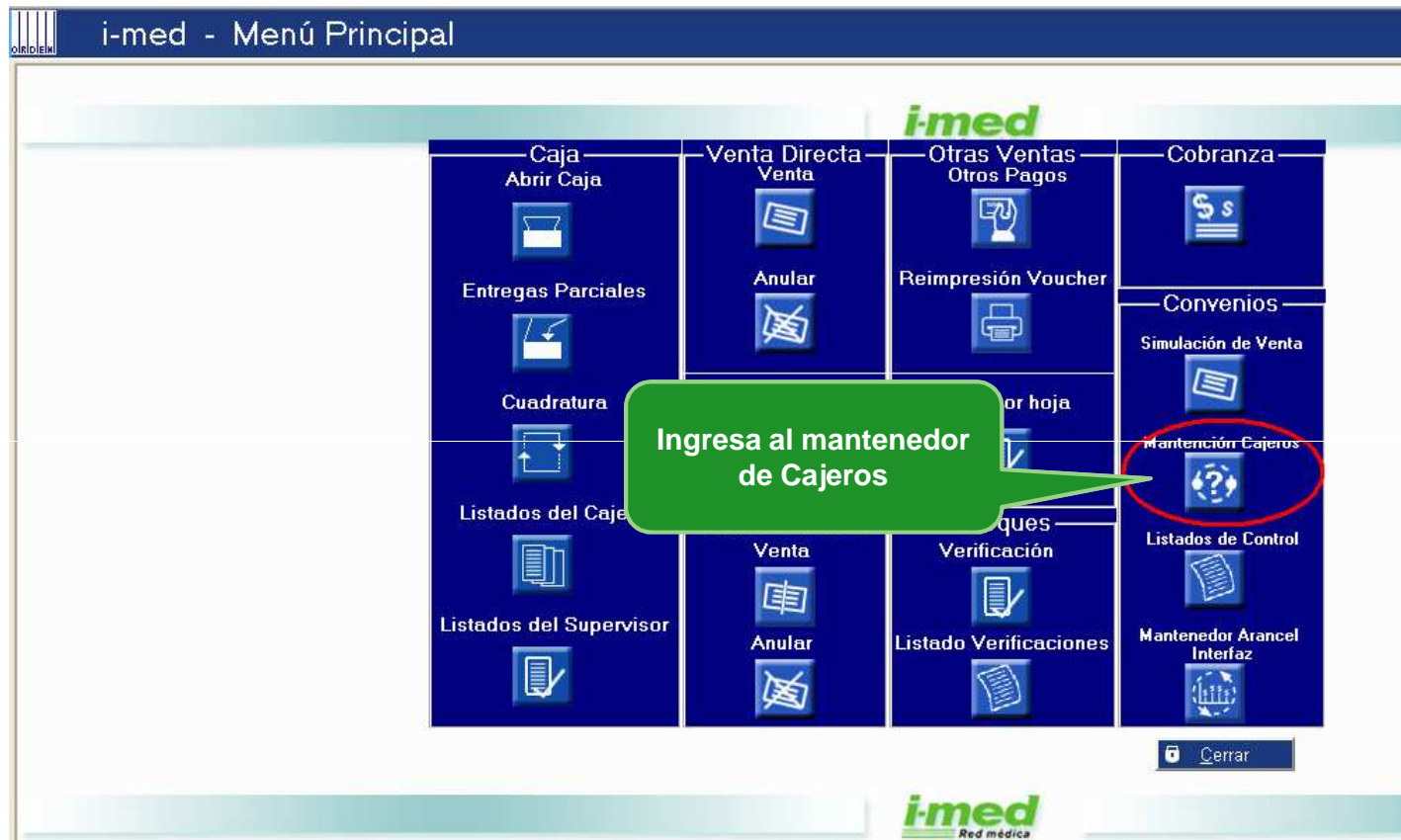
# Inicio de Sesión



The screenshot shows the 'i-med - Menú Principal' login screen. At the top, there are logos for 'autentia IDENTIDAD GARANTIZADA' and 'i-med'. Below these, there is a 'RUT:' field. The main instruction reads: 'Por favor, coloque su dedo sobre el lector de la mano DERECHA'. A hand is shown using a fingerprint scanner. To the right of the scanner is a large white rectangular area. At the bottom of the scanner area, there are two hand icons and a question mark. A 'Cancelar' button is visible. A green callout box on the left contains the text: 'El operador fue inicialmente registrado con sus 10 huellas al momento en que se realiza la instalación del sistema I-Med por primera vez. Este operador es responsable del enrolamiento de los siguientes usuarios de la aplicación en el Centro de Venta de Bono Electrónico'. The bottom of the screen features the 'i-med Red médica' logo and a 'Cerrar' button.

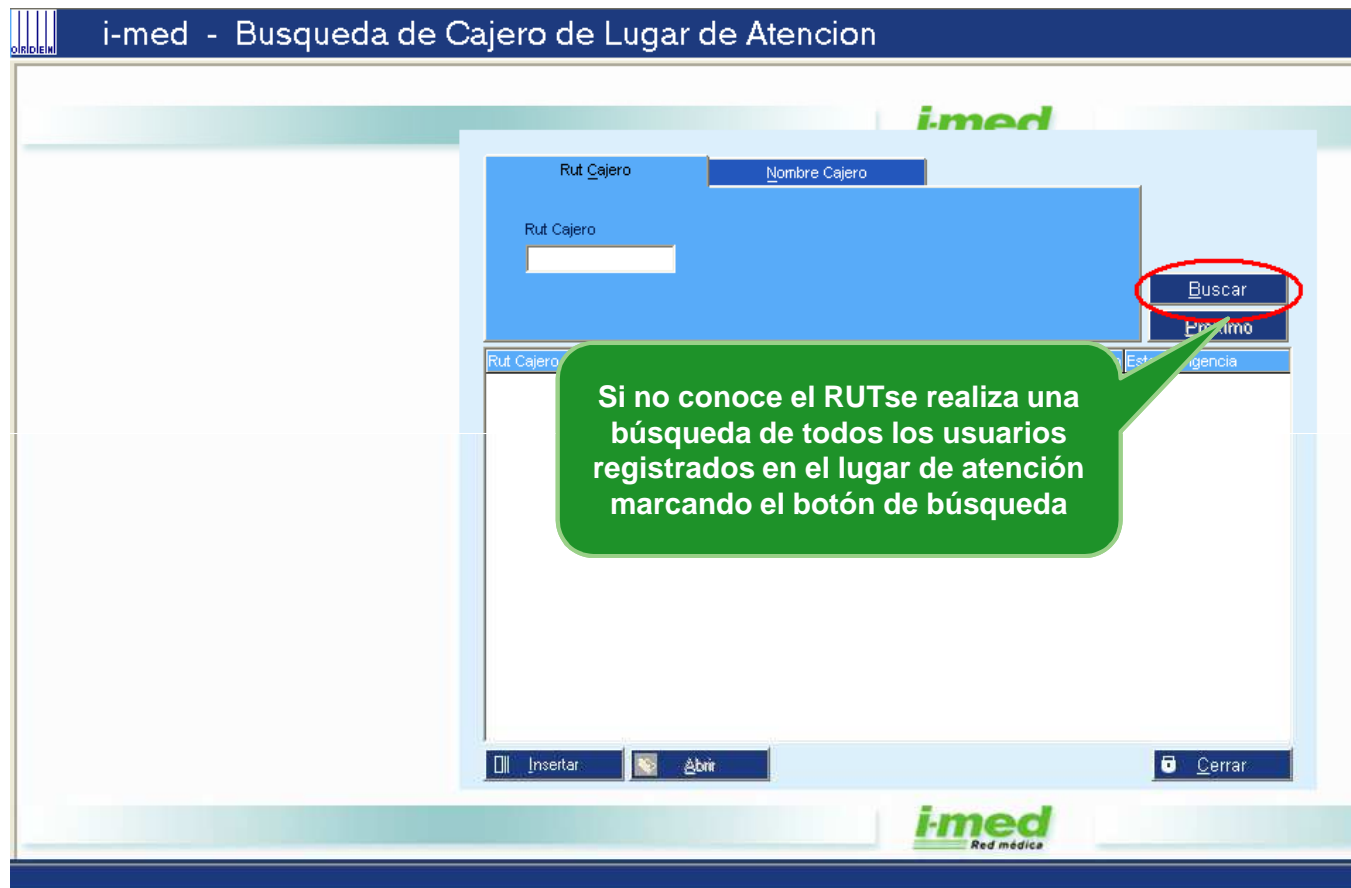
Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Menú Principal



Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Búsqueda de Cajero



Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Búsqueda de Cajero

i-med - Búsqueda de Cajero de Lugar de Atención

Rut Cajero      Nombre Cajero

Rut Cajero

Buscar

Próximo

Rut Cajero	Nombre Cajero	Nombre Lugar	Fec.Inscripción
5928674-9	Maria Espinoza	Integramedica Centro	11-09-2003
5361481-5	Alicia Chavez	Integramedica Centro	23-01-2004
6473545-4	Julia Miranda Fuentes	Integramedica Centro	11-04-2002
6844103-K	Norma Rojas	Integramedica Centro	11-09-2003
7047941-9	Amanda Vargas	Integramedica Centro	06-10-2003
7285994-4	Patricia Vargas	Integramedica Centro	06-08-2004
7363945-K	Nancy Correa Molina	Integramedica Centro	21-08-2001
7410648-K	Rebeca Iturra Beiza	Integramedica Centro	25-06-2001
7418823-0	Rosa Licanqueo	Integramedica Centro	17-07-2003
7458288-5	Maria Reyes	Integramedica Centro	17-07-2003
7517166-8	Liliana Tasso	Integramedica Centro	11-09-2003
7536143-2	Sara Castillo	Integramedica Centro	17-07-2003
7627066-K	Patricia Cabello	Integramedica Centro	21-10-2003
7670258-6	Gilda Reyes	Integramedica Centro	08-09-2003
7748092-7	Erika Castillo	Integramedica Centro	11-09-2003
7819633-5	PABLO ESPINOZA CONC	Integramedica Centro	08-10-2008

Insertar      **Abrir**      Cerrar

00): 240 Fila(s) retorn

i-med Red médica

**La aplicación mostrará el total de usuarios, el Operador abrirá el registro de la persona a enrolar**

**Se selecciona al cajero y se presiona abrir para ver los datos del cajero**

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Datos del Cajero

ORDEN i-med - Datos del Cajero

**Asociación Cajero Lugar**

Lugar Atención: 13500 Integramedica Centro

Rut Cajero: 6361481-5 Alicia Chavez ?

Apertura de Caja  Anulación Con Huella Beneficiario  
 Anulación Con Huella Supervisor

Fecha Inscripción: 23-01-2004 Estado: 1 Vigente

Perfil de Privilegios: Cajero/Supervisor Venta Interfaz

Estado Autentia: [ ]  
Fecha Habilitación: [ ]

**Asociación Cajero Convenio**

Lista de Convenios Lugares		Convenios Asociados Cajero	
Rut Convenio	Nombre Convenio	Rut Convenio	Nombre Convenio
96802470-1	Integramedica S.A.	76398000-6	INTEGRAMEDICA CENTROS MEDICC
		96986050-3	Exámenes de Laboratorio S.A.

s modificado(a)

Presione Habilitar para dar inicio al procedimiento

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Datos del Cajero

Inmediatamente el sistema solicitará los datos de la persona que se está registrando

**Datos Persona a Enrolar** [X]

Nombre: Alicia Chavez

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha Nacimiento

Funcion  Cajero  Administrador

Acepta declaracion  Si  No

Al aceptar, afirmo conocer, aceptar y obligarme a cumplir los términos y condiciones de la

Aceptar Cancelar

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Datos Persona a Enrolar

Al marcar en aceptar el sistema automáticamente muestra la declaración que debe ser leída por quien se está enrolando

**Datos Persona a Enrolar** [X]

Nombre: Alicia Chavez

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha Nacimiento 01 01 1970

Funcion  Cajero  Administrador

Acepta declaracion  Si  No

**Al aceptar, afirmo conocer, aceptar y obligarme a cumplir los términos y condiciones de la**

Leer declaracion en:  
[http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion\\_admin.html](http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion_admin.html)

Aceptar Cancelar

# Declaración de Administrador

## Terminos y obligaciones:

1.- Tener a cargo la operación supervisión directa y correcta utilización de la Plataforma de Verificación de Identidad por parte del Prestador, sus dependientes y Operadores de Puntos de Certificación (OPC), en calidad de Ministro de Fe.

2.- Supervisar la operación de la Plataforma de Verificación de Identidad de conformidad con las funciones que se me han reconocido en el Contrato y sólo una vez que mi calidad de Administrador haya sido debidamente comunicada a I-MED y se haya seguido, completado y cumplido satisfactoriamente por mi parte con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES;**

3.- No incurrir en conductas negligentes o dolosas que importan un perjuicio para I-MED o cualesquiera de las Instituciones que interactúan en la prestación de los Servicios.

De no cumplir mis funciones en forma adecuada, correcta y satisfactoria en particular a observar que se cumplan debidamente con los procedimientos y operación de la Plataforma de Verificación de Identidad conforme al Manual de Operación pertinente será inhabilitado de mis funciones de Administrador con relación a dicha Plataforma;

4.- Desde ya autorizo al Prestador para que pueda ceder acciones que pudieren proceder en mi contra derivadas de los incumplimientos e infracciones de carácter civil o penal en que pueda incurrir en la operación negligente o dolosa de la Plataforma de Verificación de Identidad en cuanto Ministro de Fe de la misma para efectos de verificar adecuadamente la identidad de los Beneficiarios, cesión que podrá ser desde luego gratuita y sin cargo alguno.

5.- Tengo la capacidad técnica y soy persona idónea para cumplir la función de Administrador del Servicio de Verificación de Identidad de I-MED y que no permitiré que la Plataforma de Identificación, la cual se encuentra bajo mi responsabilidad de operación directa, sea operado por personas cuyos nombres e identificación hayan sido debidamente comunicados a I-MED y que hayan seguido, completado y cumplido satisfactoriamente con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES** contenido en el Contrato;

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Declaración de Operador de Punto de Certificación

## Terminos y condiciones:

1.- Tener a cargo la operación directa y correcta utilización de la Plataforma de Verificación de Identidad y que tendré la calidad de Ministro de Fe para efectos de la verificación de identidad y documentación pertinente que presenten los Beneficiarios del sistema de salud y otros servicios en relación con los Servicios que presta I-MED S.A.

2.- Operar la Plataforma de Verificación de Identidad de conformidad con las funciones que se me han reconocido en el Contrato y sólo una vez que mi nombre e identificación haya sido debidamente comunicada a I-MED y se haya seguido, completado y cumplido satisfactoriamente por mi parte con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES**;

3.- No incurrir en conductas negligentes o dolosas que importan un perjuicio para I-MED o cualesquiera de las Instituciones que interactúan en la prestación de los Servicios.

De no cumplir mis funciones en forma adecuada, correcta y satisfactoria en particular observar debidamente con los procedimientos y operación de la Plataforma de Verificación de Identidad conforme al Manual de Operación pertinente seré inhabilitado de mis funciones con relación a dicha Plataforma;

4.- Desde ya autorizo al Prestador para que pueda ceder acciones que pudieren proceder en mi contra derivadas de los incumplimientos e infracciones de carácter civil o penal en que pueda incurrir en la operación negligente o dolosa de la Plataforma de Verificación de Identidad en cuanto Ministro de Fe de la misma para efectos de verificar adecuadamente la identidad de los Beneficiarios, cesión que podrá ser desde luego gratuita y sin cargo alguno.

5.- Tengo la capacidad técnica y soy persona idónea para cumplir la función de OPC del Servicio de Verificación de Identidad de I-MED y que no permitiré que la Plataforma de Identificación, la cual se encuentra bajo mi responsabilidad de operación directa, sea operado por personas cuyos nombres e identificación hayan sido debidamente comunicados a I-MED y que hayan seguido, completado y cumplido satisfactoriamente con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES** contenido en el Contrato;

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Datos Persona a Enrolar

**Datos Persona a Enrolar**

Nombre: Alicia Chavez

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha Nacimiento: 01 / 01 / 1970

Funcion:  Cajero  Administrador

Acepta declaracion:  Si  No

Al aceptar, afirmo conocer, aceptar y obligarme a cumplir los términos y condiciones de la

Leer declaracion en:  
[http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion\\_admin.html](http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion_admin.html)

Aceptar Cancelar

Es importante destacar al usuario que al aceptar, confirma que conoce y acepta las condiciones de la declaración publicada en la dirección web indicada a continuación

# Datos Persona a Enrolar

i-med - Datos del Cajero

Asociación Cajero Lugar

**Datos Persona a Enrolar**

Nombre: Alicia Hernandez

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha Nacimiento: 01 / 01 / 1970

Funcion:  Cajero  Administrador

Acepta declaracion:  Si  No

Al aceptar, afirmo conocer, aceptar y obligarme a cumplir los términos y condiciones de la

Leer declaracion en:  
[http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion\\_admin.html](http://www.i-med.cl/declaraciones/declaracion_admin.html)

Una vez leída la declaración, acepta y se inicia el proceso de enrolamiento de los 10 dedos

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Enrolamiento



**Enrolamiento de huella**

**autentia** **i-med**  
IDENTIDAD GARANTIZADA En línea con la salud

Cl:

Sr(ña):

Por favor, coloque **CUATRO VECES** el dedo **PULGAR DERECHO** sobre el lector

sobre el lector de huellas  
in contrato privado por el cual  
mi autorizo expresamente la  
miento, transmisión y  
datos preexistentes de I-Med S.A.,  
tia S.A., el tratamiento de tales  
esión de mi identidad contra  
almacenados,  
formado del propósito de la  
amiento, transmisión y  
tales datos y su posible  
comunicación a terceros, conforme lo exige el  
artículo 4° de la ley N° 19.628.

Cancelar

?

Cerrar

**El sistema solicitará el enrolamiento de cada huella e indicará el dedo a enrolar e cada evento**

**i-med**  
Red médica

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Enrolamiento



i-med - Datos del Cajero

**Enrolamiento de huella**

**autentia** **i-med**  
IDENTIDAD GARANTIZADA En línea con la salud

CI:

Sr(it)a:

**Muestra 1 OK, dedo PULGAR DERECHO**

Al colocar el dedo sobre el lector de huellas suscribo y otorgo un contrato privado por el cual gratuitamente para mí autorizo expresamente la inscripción, enrolamiento, transmisión y almacenamiento de datos preexistentes de I-Med S.A., como en la de Autentia S.A., el tratamiento de tales datos y/o la verificación de mi identidad contra dicha o dichas bases de datos ya almacenados, declarando haber sido informado del propósito de la inscripción, enrolamiento, transmisión y almacenamiento de tales datos y su posible comunicación a terceros, conforme lo exige el artículo 4° de la ley N° 19.628.

Cancelar

Cerrar

**i-med**  
Red médica

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Enrolamiento



**Si el sistema no reconoce la huella, indicará el mensaje "Error No se puede obtener template de verificación"**

**Puede presionar "Cancelar" para iniciar nuevamente el proceso (nuevo enrolamiento de todas las huellas)**

**Si en reiteradas ocasiones no es posible el enrolamiento de la huella, se deberá tomar nota del usuario como No Enrolado.**

**El proceso sólo puede finalizarse con el enrolamiento de los 10 dedos**

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Enrolamiento



i-med - Datos del Cajero

**Enrolamiento de huella**

**autentia** **i-med**  
IDENTIDAD GARANTIZADA En línea con la salud

CI: [REDACTED]  
Sr(it)a: [REDACTED]

**Muestra 1 OK, dedo INDICE DERECHO**

Al colocar el dedo sobre el lector de huellas suscribo y otorgo un contrato privado por el cual gratuitamente para mí autorizo expresamente la inscripción, enrolamiento, transmisión y almacenamiento de datos preexistentes de I-Med S.A., como en la de Autentia S.A., el tratamiento de tales datos y/o la verificación de mi identidad contra dicha o dichas bases de datos ya almacenados, declarando haber sido informado del propósito de la inscripción, enrolamiento, transmisión y almacenamiento de tales datos y su posible comunicación a terceros, conforme lo exige el artículo 4° de la ley N° 19.628.

Cancelar

Cerrar


**i-med**  
Red médica

**Finalizado el enrolamiento del primer dedo, el sistema continúa con el resto de dedos**

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

# Fin del Enrolamiento

**Finalizado el enrolamiento de los 10 dedos, automáticamente el sistema retorna a la pantalla inicial de Datos del Cajero. Dado que este cajero ya ha sido enrolado, el botón con que se inicia este proceso queda inhabilitado**



**Botón se muestra inhabilitado**

**Asociación Cajero Lugar**

Lugar Atención: 13500 Integramedica Centro

Rut Cajero: 6361481-5 Alicia Chavez

Apertura de Caja  Anulación Con Huella Beneficiario  Anulación Con Huella Supervisor

Fecha Inscripción: 23-01-2004 Estado: 1

Perfil de Privilegios: Cajero/Supervisor Venta Interfaz

Estado Autentia:

Fecha Habilitación:

**Asociación Cajero Convenio**

Lista de Convenios Lugares		Convenios Asociados Cajero	
Rut Convenio	Nombre Convenio	Rut Convenio	Nombre Convenio
96802470-1	Integramedica S.A.	76398000-6	INTEGRAMEDICA CENTROS MEDICCC
		96986050-3	Exámenes de Laboratorio S.A.

**i-med**  
Red médica

Capacitación Prestador Enrolamiento de los 10 Dedos

YO



***i-med***