

RESOLUCION EXENTA N° 10939
PUNTA ARENAS,

28 AGO. 2018

VISTOS: Estos antecedentes, DFL N° 1 del 23.09.2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. 2763 de 1979; D.S N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos Auto gestionados en Red; de las leyes N° 18.933 y N°18.469; Resolución N° 1.600 de 2008 de Contraloría General de la República; D.S. 140 de 2004 que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud del país, de la Ley N° 16.744, que establece el seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; Resolución N° 7001/11.07.2018 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes que aprueba "Procedimiento de Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales", Resolución N° 443/134/2018 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes que designa al Director (s) del Hospital Clínico de Magallanes, dicto la siguiente:

CONDIDERANDO: Para efectos de optimizar nuestros procesos y dando cumplimiento a nuestra legislación, este Procedimiento es aplicable a todos los servicios, unidades y secciones del Hospital Clínico Magallanes, en cuanto a las contingencias definidas en el artículo 5º y 7º de la Ley 16.744, que establece el seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

RESOLUCIÓN

1. **ACTUALIZASE**, el Procedimiento de Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales, proveniente de la Dirección de Servicio Salud Magallanes.
2. **DÉJASE**, establecido que será responsabilidad de las Jefaturas y Funcionarios del Hospital Clínico Magallanes dar cumplimiento a este procedimiento.
3. Con esta Resolución, se pone término a R.E. N° 9129/31.12.2014
4. Se adjunta documento.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



JAP/SRJ/CCHB/amá
DISTRIBUCION:

- Subd. Gestión y Desarrollo De las Personas, HCM.
- Subd. Administración y Desarrollo, HCM.
- Subdirectora de Enfermería, HCM.
- Subd. Operaciones, HCM.
- Unidad Salud de Personal HCM.
- Depto. Prevención de Riesgos HCM. ✓
- Unidad de Prevención de Riesgos DSSM.
- Oficina de Partes.

31 AGO. 2018
DEPARTAMENTO DE RR.HH.

11 JUL. 2018

PUNTA ARENAS,

VISTOS: Los antecedentes respectivos; Resolución N°1600/2008 de la Contraloría General de la Republica; D.S. 140/2004 Reglamento Orgánico de los Servicio de Salud; D.F.L. N° 01/2005, fija texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de Decreto Ley N°2763/79 y Leyes 18.933 y 18.469; Ley 16.744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; Ley 19.345 Incorpora a contar del 01 de marzo de 1995, a los funcionarios públicos de la Administración Civil del Estado a la ley 16.744; Circular N° 3.335 DEL 31.10.2017 Instruye a los Organismos Administradores y las Empresas con Administración Delegada de la Ley 16.744 sobre Accidentes Graves y Fatales, Circular N° 3.336 del 09.11.2017, Modifica y Ratifica Circular N° 3.335, Circular N° 2.483 del 03.10.2008 Incorporación de los trabajadores Independientes al Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que indica la Ley N° 20.255 y en uso de las facultades Art 9° del D.S. N° 140/2004; la Resolución Exenta N° 2736/16.03.2018 DSSM, Encomiéndese como Jefa del Departamento Subdirección de Gestión Asistencial a Dra. María Isabel Iduya Landa; Decreto Exento N° 83/12.04.2018 del Ministerio de Salud y su modificación contenida en el Decreto Exento 97/31.05.2018 de Ministerio de Salud, que pone término y establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Magallanes.

RESOLUCION

[Firma]
20/07/2018

1. **APRUEBASE** a contar de la fecha de la presente resolución, "Procedimiento de Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales".

2. El presente Procedimientos será aplicable a todos los funcionarios/as de los Establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes, entendiéndose por:

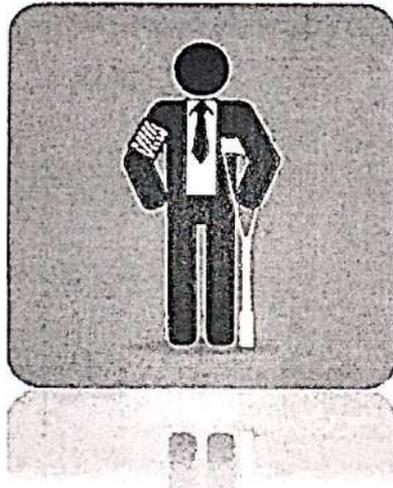
- Hospital Clínico Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria.
- Hospital de Puerto Natales, Dr. Augusto Essmann Burgos.
- Hospital de Porvenir, Dr. Marco Chamorro Iglesias.
- Hospital Comunitario de Puerto Williams, Cristina Calderón.
- Servicios y Unidades dependientes de la Dirección Servicio de Salud Magallanes.

3. Cabe señalar, que dicho Procedimiento tiene por objeto establecer líneas de actuación frente a los Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales a los que se podrían ver expuestos los funcionarios/as y el usuarios/as de nuestra Red Asistencial.





*Procedimiento de Accidentes Laborales,
Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y
Fatales.*



*Unidad de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental
Subdirección de Recursos Humanos
Servicio de Salud Magallanes.*

INDICE

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVO.....	4
ALCANCE	4
MARCO NORMATIVO	5
GLOSARIO.....	6
PROCEDIMIENTO ACCIDENTES DEL TRABAJO Y DE TRAYECTO.....	9
FLUJOGRAMA ACCIDENTES LABORALES, CONTRATA, TITULARES Y SUPLENTES	10
PROCEDIMIENTO ENFERMEDAD PROFESIONAL	11
FLUJOGRAMA POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL PARA CONTRATA, TITULARES Y SUPLENTES.....	12
ACCIDENTES CORTOPUNZANTES.....	13
FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CORTO PUNZANTE	15
ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES	16
AFILIACION A LOS ORGANISMO ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744.....	17
FLUJOGRAMA ACCIDENTE DEL TRABAJO Y TRAYECTO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE	18
FLUJOGRAMA EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE	19
ANEXOS	20
LLENADO DENUNCIA INDIVIDUAL ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT).....	20
LLENADO DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)	22
DECLARACION DE LA VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRAYECTO	24

INTRODUCCION

El Servicio de Salud Magallanes para la confección del siguiente procedimiento se rige por la Ley 16.744/1968 que establece un Seguro Social contra Accidentes y Enfermedades Laborales y por la Ley 19.345/1995 que incorpora a los funcionarios públicos de la admisión civil del estado a este seguro.

El siguiente procedimiento, tiene por objetivo entregar directrices orientadas a fortalecer la calidad de Vida Laboral de los funcionarios, en donde se instalan en el ámbito de la Prevención de Riesgos, distintas acciones que permiten promover una cultura de prevención basada en la higiene y seguridad de los distintos lugares de trabajo.

En este contexto la prevención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales requiere por parte de la Institución mantener y desarrollar en forma sistemática y planificada, programas de trabajo que permitan ir desarrollando acciones de educación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, eliminando los factores y condiciones que ponen en riesgo la salud y seguridad en el trabajo.

OBJETIVO

El procedimiento tiene por objetivo entregar directrices que deben seguir los funcionarios del recinto hospitalario, como las personas que se harán cargo de la realización de las denuncias, manejo y distribución de la información recabada sobre el accidente y accidentado, además de las medidas que se deben tomar para mitigar y/o eliminar el factor de riesgo. Para tal efecto, el siguiente documento se basara en la legislación vigente: Ley 16.744 sobre "Seguro Social Contra Riesgos de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales" y el DS 101 en cual "Aprueba Reglamento para la Aplicación de la Ley 16.744, que establece Normas sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales".

ALCANCE

Las personas beneficiadas por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales según Ley 16.744, corresponden a aquellos:

- Trabajadores Dependientes.
- Funcionarios Públicos.
- Trabajadores Independientes.
- Estudiantes.

El Procedimiento de Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales, rige para todos los establecimientos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud:

- Hospital Clínico Magallanes.
- Hospital Puerto Natales.
- Hospital Porvenir.
- Hospital Puerto Williams.
- Dispositivos dependientes del SSM.

MARCO NORMATIVO

Fundamento Legales

- La Ley N°16.744/68 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece un Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- El Decreto N°101 de 1969 interpreta que los funcionarios públicos están protegidos por el Estatuto Administrativo frente a las contingencias cubiertas por la Ley N° 16.744 de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de modo tal que, los funcionarios públicos quedan fuera de este seguro.
- La Ley N°19.345/95 incorpora a contar del 01 de Marzo de 1995, obligatoriamente, a los funcionarios públicos de la Administración Civil del Estado, a la Ley N°16.744 Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Decreto Supremo N° 73 2005: En el Diario Oficial del día 7 de Marzo de 2006 se publicó el Decreto Supremo N°73 de 2005, del Ministerio del Trabajo y Previsión social, que introdujo modificaciones a dos reglamentos de la Ley N°16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, éstos son los Decretos Supremos N° 101 y 109.
- Circular N° 3.335, del 31 Octubre de 2017, Obligaciones de las Entidades Empleadoras Dispuestas por el Artículo N° 76 de la Ley 16.744. Instruye a los Organismos Administradores y las Empresas con Administración Delegada de la Ley 16.744. Accidentes Fatales y Graves.
- Circular N° 3.336, del 09 de noviembre de 2017, Obligaciones de las Entidades Empleadoras Dispuestas por el Artículo N° 76 de la Ley 16.744. Instruye a los Organismos Administradores y las Empresas con Administración Delegada de la Ley 16.744. Accidentes Fatales y Graves. Modifica y Ratifica la Circular N° 3.335 de 2017.
- Circular N° 2.483, del 03 de octubre de 2008, Incorporación de los Trabajadores Independientes al Seguro Social Contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que indica la Ley N° 20.255.

GLOSARIO

- **Trabajador protegido por el Seguro:** Es todo funcionario de planta, contrata o con contrato por Código del Trabajo.
- **Accidente del Trabajo:** Para efectos de la Ley 16.744/99 (Art. N°5) se entiende por accidente de trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de su trabajo y que le produzca incapacidad o muerte.
- **Accidente de trayecto:** Los ocurridos en el trayecto directo entre la habitación y el lugar de trabajo o viceversa.
- **Accidente de trayecto 2° empleador:** Son aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente dice relación con el trabajo al que se dirigía el trabajador al ocurrir el siniestro.
- **Accidente por cometido gremial:** Se considerarán también como accidentes del trabajo los sufridos por los dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.
- **Excepciones:** Se exceptúan los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tengan relación alguna con el trabajo y los provocados intencionalmente por la víctima.
- **Enfermedad Profesional:** Es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión u oficio que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte (Art. N° 7, ley 16.744.)
- **Accidente fatal:** Es aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente. Circular 3335 del 31 de octubre 2017.

➤ **Accidente grave:** Es accidente del trabajo grave (art. 76, Ley Nº 16.744) cualquier accidente del trabajo que:

a) Provoca de forma inmediata (en el lugar del accidente) la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo.

Se incluyen aquellos casos que produzcan, además, la pérdida de un ojo; la pérdida total o parcial del pabellón auricular; la pérdida de parte de la nariz sin compromiso ósea y con compromiso óseo; la pérdida de cuero cabelludo y el desforramiento de dedos o extremidades, con y sin compromiso óseo.

b) Obliga a realizar maniobras de reanimación.

Conjunto de acciones encaminadas a revertir un paro cardiorespiratorio, con la finalidad de recuperar o mantener las constantes vitales del organismo. Estas pueden ser básicas (no se requiere de medios especiales y las realiza cualquier persona debidamente capacitadas); o avanzadas (se requiere de medios especiales y las realizan profesionales de la salud debidamente entrenados).

c) Obliga a realizar maniobras de rescate.

Aquellas destinadas a retirar al trabajador lesionado cuando éste se encuentre impedido de salir por sus propios medios o que tengan por finalidad la búsqueda de un trabajador desaparecido.

d) Ocurra caída de altura de más de 1.8 metros.

Altura medida tomando como referencia el nivel más bajo. Se incluyen las caídas libres y/o con deslizamiento, caídas a hoyos o ductos, aquellas con obstáculos que disminuyan la altura de la caída y las caídas detenidas por equipos de protección personal u otros elementos en el caso de que se produzcan lesiones.

e) Ocurra en condiciones hiperbáricas.

Como por ejemplo aquellas que ocurren a trabajadores que realizan labores de buceo u operan desde el interior de cámaras hiperbáricas.

- f) Involucra un número tal de trabajadores que afecten el desarrollo normal de las faenas.

Las anteriores definiciones son de tipo operacional, las cuales no necesariamente son clínicas ni médico legal. La denominación de accidente grave tiene como finalidad que el empleador reconozca con facilidad cuándo debe proceder según lo establecido en los el Título I "Antecedentes".

- **Faenas afectadas:** Aquella(s) área(s) y/o puesto(s) de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la totalidad del centro de trabajo, dependiendo de las características y origen del siniestro, y en la cual, de no adoptar la entidad empleadora medidas correctivas inmediatas, se pone en peligro la vida o salud de otros trabajadores.
- **Organismo Administrador:** Es la institución que administra el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, otorgando prestaciones médicas, económicas y preventivas.

PROCEDIMIENTO ACCIDENTES DEL TRABAJO Y DE TRAYECTO

El presente documento contiene las pautas de Actuación frente a la ocurrencia de un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto, cuyo propósito es que todos los funcionarios sepan cómo actuar en caso de que ocurran, entiéndase por:

Accidente del Trabajo: Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.

Accidente de Trayecto: los accidentes ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquéllos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores.

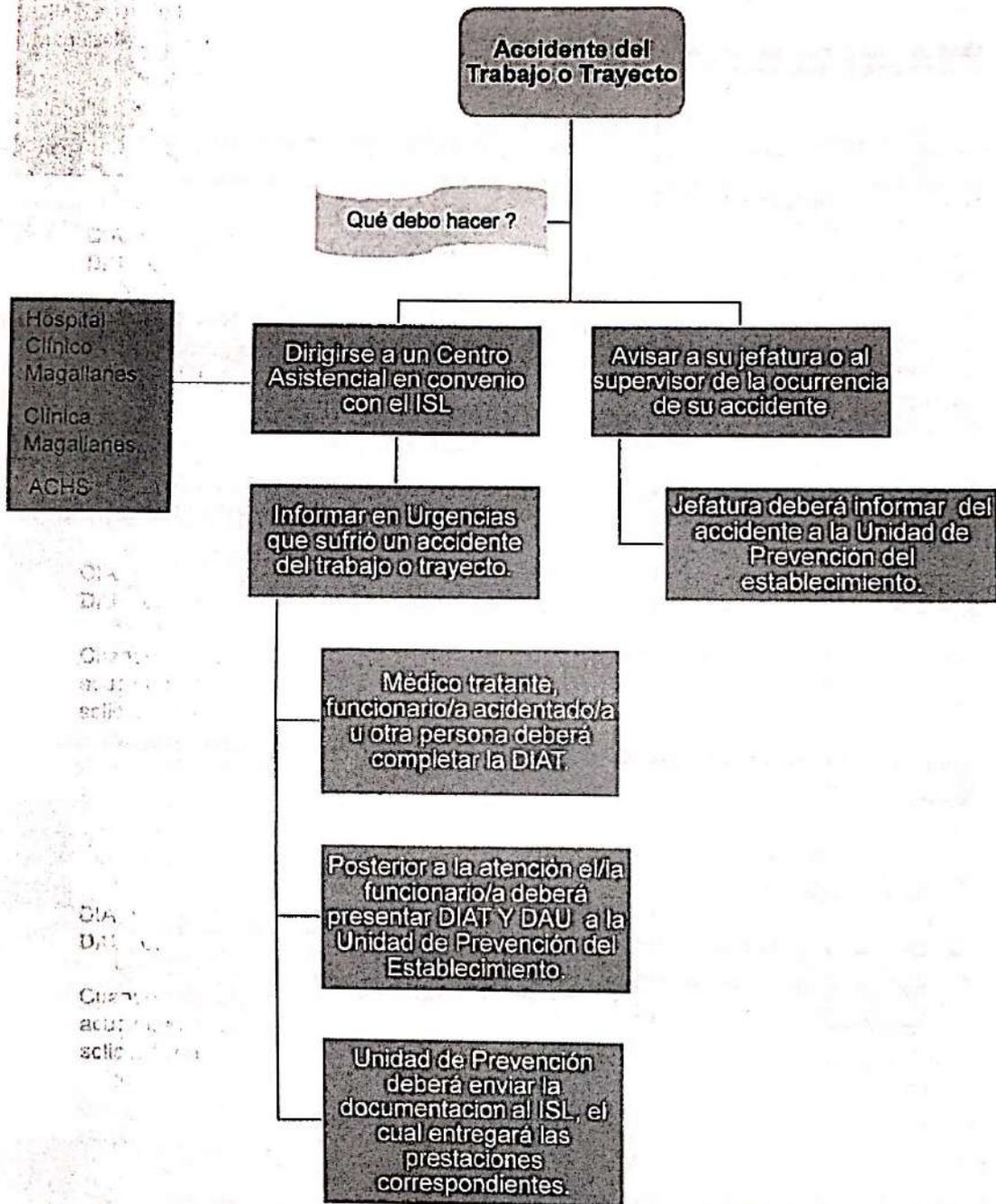
Siempre que se produce un Accidente del Trabajo deben realizarse dos actuaciones de forma urgente:

1. Prestar los primeros auxilios al trabajador accidentado y preocuparse de que tenga la asistencia médica necesaria en forma oportuna.
2. Denunciar y dejar constancia de la ocurrencia del accidente.

Cuando se presenta un accidente laboral y/o de trayecto el o la funcionario/a deberá acudir a los servicios de urgencias con los cuales tiene convenio el Organismo Administrador ISL los cuales corresponden a:

- Servicio de Urgencias Hospital Clínico, ubicado en Avenida los Flamencos # 01364 Punta Arenas.
- Servicio de Urgencias Clínica Magallanes, ubicado en Avenida Bulnes # 01448, Punta Arenas.
- Servicio de Urgencias Hospital Puerto Natales, ubicado en Avenida España #1650.
- Servicio de Urgencia Hospital Porvenir, ubicado en Carlos Wood #480-B.
- Servicio de Urgencias Hospital Puerto Williams, O'Higgins #246.

FLUJOGRAMA ACCIDENTES LABORALES, CONTRATA, TITULARES Y SUPLENTES



DIAT: Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.
DAU: Dato Atención Urgencia.

Quando necesite un re-ingreso por seguir con dolencias por el accidente ocurrido deberá acudir personalmente a la oficina del ISL (Pedro Montt N° 895, 2° Piso Punta Arenas) para solicitar una nueva atención, en horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00

PROCEDIMIENTO ENFERMEDAD PROFESIONAL

Qué es una Enfermedad Profesional?

La Ley N° 16.744 establece que enfermedad profesional es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

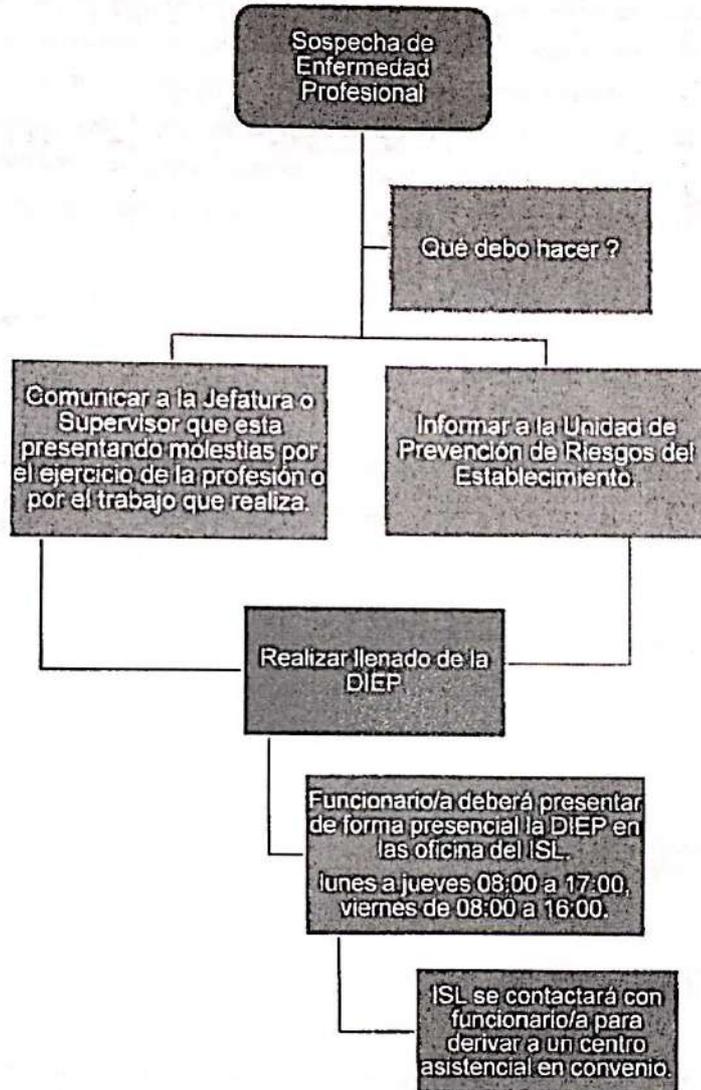
Del concepto legal mencionado se infiere que debe existir una relación causal entre el quehacer laboral y la patología que provoca invalidez o causa la muerte, aún cuando no sea de las enumeradas en el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, contenido en el D.S. N° 109, de 1968, del MINTRAB.

Lo anterior quiere decir que los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el párrafo anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. Dicha resolución debe ser consultada a la SUSESO, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud, hoy Seremi de Salud.

Qué se debe hacer en caso de presentar síntomas de una posible Enfermedad Profesional?

- Deberá informar a su jefatura directa los síntomas que lo hacen sospechar de la presencia de una posible enfermedad profesional.
- Dirigirse a la Unidad de Prevención de su establecimiento para informar su malestar y solicitar el formulario de Denuncia Individual Enfermedad Profesional, el cual debe ser completado y enviado al Organismo Administrador al cual se encuentra adherido el empleador.

**FLUJOGRAMA POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL PARA
CONTRATA, TITULARES Y SUPLENTE.**



Nota: Para los funcionarios de los establecimientos de Puerto Natales, Porvenir y Puerto Williams el envío de la DIEP se deberá realizar vía correo electrónico a Sonia Gallardo Barra, sgallardob@isl.gob.cl y Fernando Labbe flabbem@isl.gob.cl , y mediante oficio se enviará la documentación en original al Director Instituto Seguridad Laboral (ISL) Sr Marcelo Triviño Alvarez, Pedro Montt N° 895, 2° Piso Punta Arenas, con copia a la Unidad de Salud Ocupacional de la Dirección del Servicio de Salud.

ACCIDENTES CORTOPUNZANTES

Los/as funcionario/as que se desempeñan en áreas donde se mantiene contacto permanente con sangre u otros fluidos corporales se encuentran expuestos al riesgo de exposición ocupacional a los agentes patógenos transmitidos por la sangre cuando los/as funcionario/as sufren una lesión penetrante en la piel o por lesiones causadas por elementos cortantes, llamados accidentes cortopunzantes, principalmente por pinchazos con agujas.

La exposición laboral a sangre o fluidos corporales de riesgos se puede dar a través de los siguientes tipos de exposición:

- **Percutáneo:** siendo el más frecuente y con mayor riesgo de transmisión a través de un accidente cortopunzante en el que esté involucrado sangre o fluido corporal de alto riesgo biológico.
- **Mucosas:** especialmente ocular.
- **Piel no intacta**

Clasificación del Riesgos

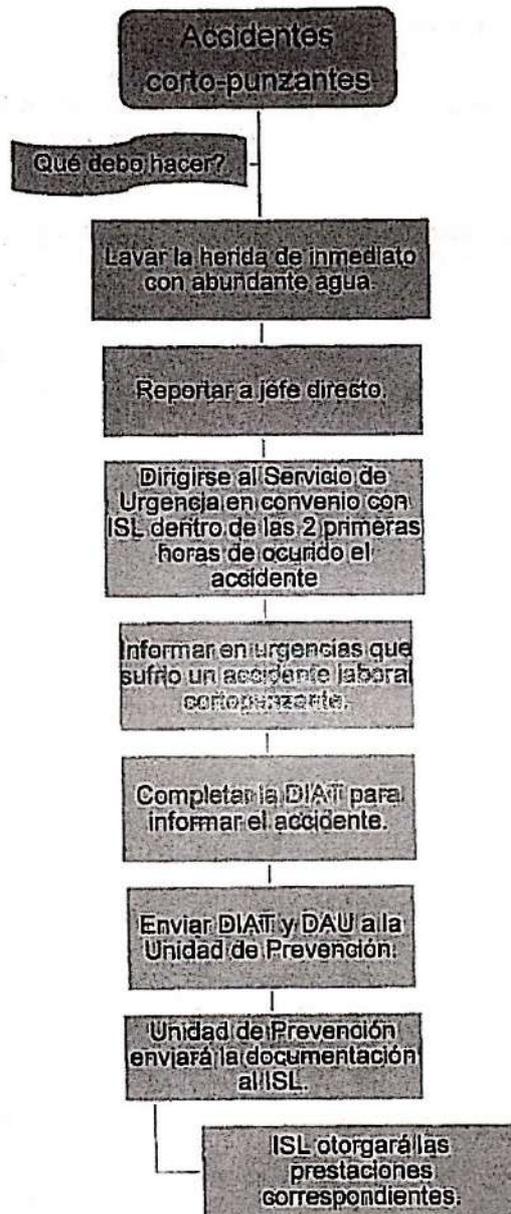
Exposición con Riesgo:

- a) Herida profunda que causa sangramiento, provocada por un instrumento con lumen, lleno de sangre o fluido corporal de riesgo, o a simple vista contaminada con sangre o fluido corporal de riesgo.
- b) Exposición de mucosas o herida, a sangre o fluido corporal a simple vista contaminado con sangre.
- c) Derrame de sangre o fluido corporal con riesgo en una solución de continuidad de la piel tales como herida, dermatosis o eczema.

Exposición sin riesgo:

- a) Herida superficial, que no causa sangramiento.
- b) Herida con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o fluido corporal de riesgo.
- c) Exposiciones de piel intacta o sana con sangre o fluido corporal de cualquier tipo.

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CORTO PUNZANTE



Nota: A los 15 días de haber sufrido el accidente cortopunzante deberá el funcionario asistir al mismo centro en el cual obtuvo la primera atención para realizarse el examen de seguimiento por haber sufrido un accidente cortopunzante.

ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

A contar del 01 de Octubre de 2008, estarán afectos al Seguro Social de la Ley 16.744 los trabajadores independientes, que coticen voluntariamente a dicho seguro:

- 1) Los trabajadores independientes afiliados al sistema de pensiones del D.L N°3.500 que pertenezca a algunas de las siguientes categorías:
 - a. Aquellos que perciban rentas de las señaladas en el artículo 42, N° 2 de la Ley sobre impuesto a la renta.
 - b. Aquellos que desarrollen una actividad por la cual perciban rentas del trabajo que no se encuentren contempladas en el artículo 42, N° 2 de la Ley sobre impuestos a la renta.
 - c. Los socios de sociedades de personas, socios de sociedades en comandita por acciones, empresarios individuales y directores de sociedades en general, que se desempeñen como trabajadores independientes en la respectiva sociedad o empresa.
- 2) Los trabajadores independientes afiliados a regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social que se encontraban afectos al seguro de la Ley N° 16.744.
- 3) Los trabajadores independientes que al 30 de septiembre de 2008 se encontraban afectos al Seguro de la Ley N° 16.744 y cotizando para él, sea que se trata de afiliados al sistema de pensiones del D.L N° 3500 o a los antiguos regímenes de pensiones administrados por el Instituto de Previsión Social.

AFILIACION A LOS ORGANISMO ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744

Los trabajadores independientes que decidan cotizar voluntariamente a este seguro Social a partir del 01 de octubre de 2008, se entenderán afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), a menos que presenten solicitud de adhesión a una Mutualidad Empleadora y ella sea aceptada.

La afiliación operará siempre que, en el mes correspondiente, además coticen para pensiones y salud común.

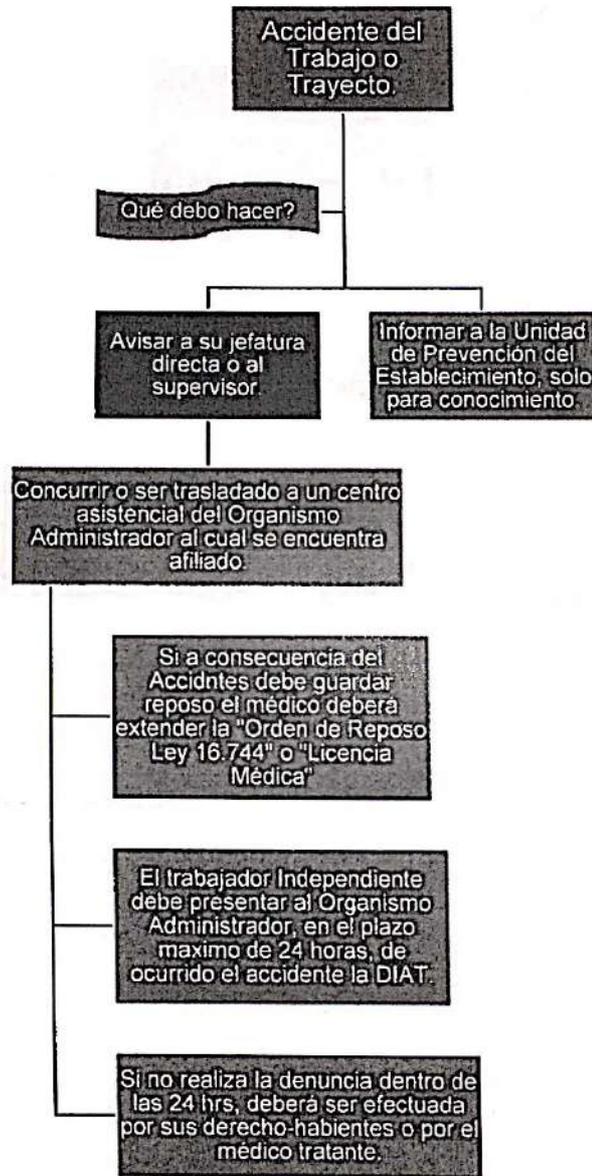
Los Organismos Administradores están obligados a contar con un formulario de registro o adhesión, el que deberá ser llenado y suscrito por el trabajador.

Atención del trabajador accidentado.

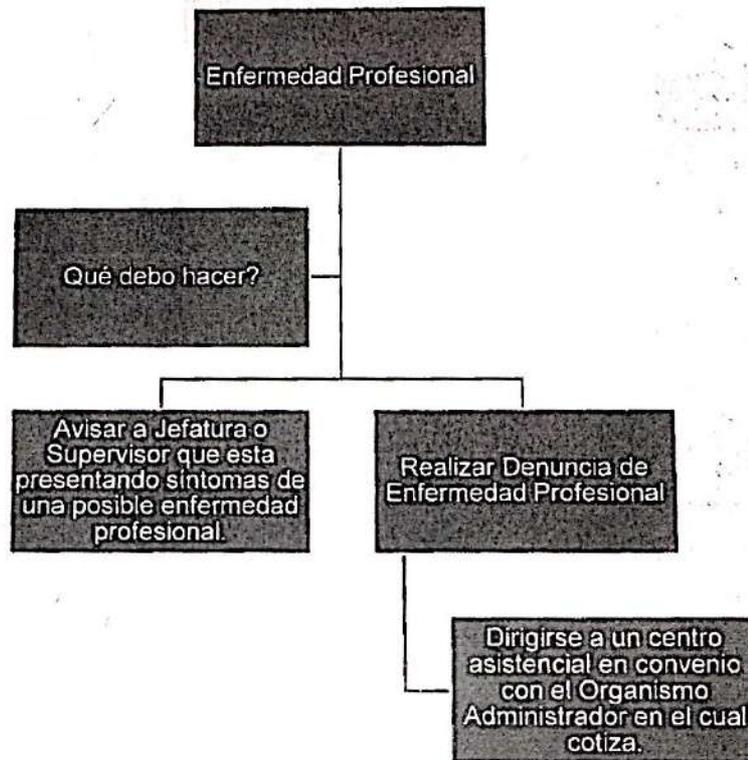
El trabajador independiente que se encuentre al día en el pago de sus cotizaciones y sufra un accidente del trabajo (a causa o con ocasión del mismo) o de trayecto, deberá concurrir o ser trasladado inmediatamente al establecimientos asistencial del Organismo Administrador al que se encuentre afiliado o adherido o de los establecimientos en convenio.

Los ingresos de los trabajadores independientes a dichos servicios asistenciales, deben ser respaldados con la correspondientes Declaración Individual de Accidente del Trabajo (DIAT).

FLUJOGRAMA ACCIDENTE DEL TRABAJO Y TRAYECTO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE



FLUJOGRAMA EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Anexos

LLENADO DENUNCIA INDIVIDUAL ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año)

Debe anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a evitando uso de siglas y abreviaturas

Debe ser asignado por el administrador del seguro de la ley 18.744

Debe señalar cuántos Hombres y Cuántas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos en los cuadros respectivos.

Señalar qué actividad desarrolla la entidad/empleadora

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado

Anotar el número telefónico del trabajador/a accidentado anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Anotar el número de años, meses o días que lleva desempeñándose el trabajador/a en la empresa cuando se accidentó.

Marcar con una x el casillero que corresponde a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado al momento del accidente.

A. Identificación del Empleador

Nombre y RUT del Empleador

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Vía, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Actividad Económica: Comercio Minería Pesca Pesca

N° de Trabajadores: Principal Secundaria Subsistencia de Servicios Transitorios

Propiedad de la Empresa: Si es Contrata o Subcontrata, indique cuáles establecimientos empresa posee

Tipo de Empresa

B. Identificación del Trabajador/a

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Vía, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Sexo: Hombre Mujer

Etnia: Mapuche Aymara Quechua Otro -Cuál?

Fecha de Nacimiento: Aborígenas Hispanas Hispanas

Antecedentes: Anura Mapuche Yagano (Tagón) Ingenua

Procedencia o Origen: Etna Mestizo Aisca Indígena Pura Pura Por Otra o Familia Temporales

Antigüedad en la Empresa: Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: / / Hora del Accidente: A.M. P.M. Hora de Ingreso al Trabajo: A.M. P.M. Hora de Salida del Trabajo: A.M. P.M.

Dirección (Calle, N°, Dupla, Población, Villa, Ciudad): Comuna:

Indique que estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: Indique el lugar donde ocurrió el accidente (dentro de la sección, oficina, área, etc.):

Resuma ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

¿Estaba haciendo su trabajo habitual? Sí No ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? Sí No

Calificación del Accidente (Artículo 11-Ley): Grave Falso Otro Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto Es un accidente de Trayecto, responda: Sí No Tipo de accidente de Trayecto: Doméstico - Trabajo Trabajo - Doméstico Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: Parte de Carrocería Declaración Testigos Otro Detalle del Medio de Prueba:

D. Identificación del Denunciante

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: RUN:

Número de Teléfono:

Clasificación del Denunciante (Ley 18.744): Empleador Trabajador Familiar Médico Tratado Falso Partido Empresa Usaria Otro

Firma de la persona que denuncia. Dato obligatorio, luego de ser firmados, NO pueden ser modificados.

Firma:

LLENADO DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Actividad Económica: Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Nº de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: Pública Privada

Tipo de Empresa: _____

El es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

Debe anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a evitando uso de siglas y abreviaturas, debe anotar los datos completos.

Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año).

Debe señalar cuantos Hombres y Cuantas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos separadamente en los cuadros respectivos.

Debe señalar qué actividad Económica desarrolla la entidad empleadora al momento de la denuncia de enfermedad del trabajador/a.

B. Identificación del Trabajador/a

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Hombre Mujer

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Día Meses Años

Antigüedad en la Empresa: _____

Indefinido Plazo Fijo Per Obra o Faena Temporada

Tipo de Contrato: _____

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar o Reconocido Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

Tipo de Ingresar: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Debe colocar la profesión u oficio que desempeña el trabajador/a la fecha de la denuncia.

Debe anotar el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el trabajador/a en la empresa al momento de la denuncia.

Debe anotar el número telefónico del trabajador/a anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda, para tomar contacto o para ser llamado a alguna evaluación en caso de ser necesario.

Marcar con una x el casillero que corresponde a la categoría ocupacional de trabajador/a enfermo/a al momento de la denuncia.

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a, esta información solo es de uso interno y para fines estadísticos.

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

Aikele Coiba Quechua Otro -Cuál? _____

Atacameño Diaguita Rapinui

Aymara Mapuche Yagana (Yagiza) Nínguno

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias e síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Relatar brevemente como le ocurrió el accidente.

Describe brevemente trabajo o actividad realizaba el trabajador/a cuando comenzaron las molestias.

Anotar parte del cuerpo que presenta las molestias.

¿Hubo lesión por molestias en el punto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo crees Ud. que le causan estas molestias?

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

Día Meses Años

Anotar los datos de la persona que extiende la denuncia o denunciante

Anotar el número telefónico del denunciante anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Marcar con una x el casillero que corresponda al tipo de denunciante que se trata.

Firma de la persona que denuncia : Dato obligatorio, luego de ser firmados, NO pueden ser modificados

D. Identificación del Denunciante

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno

R.U.N.

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 18.714):

Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratado

Cónyuge Partido Empresa Usaria Otro

Firma

Anexo 1.a.-

Declaración de la víctima de accidente de trayecto

Fecha de la declaración	
Lugar en que se toma la esta declaración	
Funcionario que toma la declaración.	

I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa	
Dirección	
Teléfono	

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre Completo		
Cédula de identidad		
Edad		
Dirección Particular		
Teléfono		
Dirección del lugar donde Trabaja		
Horario de trabajo del día del accidente	Hora entrada:	Hora salida:
Régimen Salud (marque con una X)	FONASA:	ISAPRE:

III ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:	Fecha: _____ Hora: _____
b) Desde dónde y hacia donde se dirigía cuando ocurrió el accidente:	
c) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: Lugar (calles, estación metro, etc), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (calda, golpe, choque, atropello, etc) posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc), parte del cuerpo lesionada y demás circunstancias que recuerde:	
d) Si recibió atención de urgencia en otro centro médico (público o privado), o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc):	
e) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:	

f) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguro u otro tipo de pruebas (fotografías del lugar del accidente, boletos del medio de transporte utilizado, etc):	
g) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó	

He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados al Instituto de Seguridad Laboral, dentro del plazo de 5 días (excluyendo sábados, domingos y festivos).

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos.

Firma del Trabajador(a)

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que "Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieren declaraciones falsas en certificados de supervivencias, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión"

*Formulario de acuerdo a Circular N° 3221 del 7 de abril de 2016 emitida por SUSESO, que reemplaza a la N° 3154, de 30 de septiembre 2015.

Realizado Por:	Mariana Espinoza Carrasco. Ingeniero en Prevención de Riesgos y Gestión de Sistemas Integrados. Unidad de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental. Servicio de Salud Magallanes.	 
Revisado Por:	Jorge Álvarez Sánchez. Encargado Unidad de Salud Ocupacional Y gestión Ambiental. Servicio de Salud Magallanes.	 
Autorizado Por:	Paulina Oberreuter Werner. Jefa Depto. Subdirección de Recursos Humanos. Servicio de Salud Magallanes.	

4. Déjese establecido que el Procedimientos de Accidentes Laborales, Enfermedades Profesionales y Accidentes Graves y Fatales, deberá ser actualizado cada vez que sea necesario y/o cuando se estime conveniente la mejora en los procesos de actuación.



NOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.

M.I.
DRA. MARIA ISABEL IDUYA LANDA
DIRECTORA(S) SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

MS
DRA. MIL/PAOW/MS/mcec
N° 3025

DISTRIBUCION:

Hospital Clínico Magallanes. ✓
Hospital Puerto Natales.
Hospital Porvenir.
Hospital Puerto Williams.
Subdirección de Recursos Humanos.
Sección Sueldo.
Capacitación y Formación.
Bienestar.
Subdirección de Recursos Físicos y Financieros.
Dpto. Recursos Financieros.
Dpto. Abastecimiento.
Dpto. Recursos Físicos.
Subdirección de Gestión Asistencial.
Depto. Articulación de la Red.
Dpto. Prioridades Sanitarias.
Depto. de Información.
Servicio de Psiquiatría.
SAMU
ELEAM
UHCE
UPFHI
SOGA
Auditoría DSSM
Dpto. TIC
Oficina de Parte.
ORIGINAL