

SUA. NEVENKA AGUILERA.

ARICA Y PARINACOTA  
GOBIERNO REGIONAL

APRUEBA PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE  
OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO.

EXENTA

RESOLUCION N° 1531 /2009

ARICA, 17 NOV. 2009

**VISTOS:** Resolución Exenta No. 1548 de 26 de Diciembre de 2008 aprueba Plan anual de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de ambientes de Trabajo año 2009 para los funcionarios del Gobierno Regional de Arica y Parinacota, Observaciones de la Superintendencia de Seguridad Social y sus posteriores modificaciones, Resolución Exenta No. 650 de fecha 29 de mayo de 2009 que Aprueba Programa de Trabajo de Higiene – Seguridad y Mejoramiento Ambientes de Trabajo para los funcionarios del Gobierno Regional Arica y Parinacota año 2009 y sus posteriores modificaciones, Programa de Mejoramiento de Gestión Año 2009, Etapa II comprometida y requisitos técnicos establecidos por la Dirección de Presupuesto para el cumplimiento del Sistema Higiene – Seguridad y Mejoramiento Ambientes de Trabajo, lo dispuesto en la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1.- Que mediante Resolución Exenta No. 1548, de 26 de Diciembre de 2008, del Servicio Administrativo Gobierno Regional Arica y Parinacota, se aprobó el Plan anual de Higiene y seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo para los funcionarios del Gobierno regional de Arica y Parinacota.

2.- Que mediante Resolución Exenta No. 650 de 29 de Mayo de 2009 se aprobó el Programa de Trabajo de Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo para los funcionarios del Gobierno regional de Arica y Parinacota.

3.- Que para dar cumplimiento a la Estrategia o Proyecto No. 2 se requiere establecer Procedimiento de Actuación ante ocurrencia de Accidente de Trabajo, es necesario aprobar y establecer dicho procedimiento administrativo.

**RESUELVO:**

1.- Apruébese el Procedimiento de Actuación ante ocurrencia de Accidente de Trabajo propuesto por el Comité Paritario mediante acta No. 10 de fecha 29 de octubre de 2009.

2.- Conforme a la Resolución No. 1600/2008 de la Contraloría General de la República, se inserta documento completo y sus anexos.

**I.- OBJETIVO**

Establecer la acción necesaria que permita una atención médica oportuna ante un Accidente del trabajo o Enfermedad Laboral.

## II.- ANTECEDENTES GENERALES

El Departamento de Administración y Personal establece los conductos regulares y conlleva los procesos inherentes para la obtención de los beneficios derivados del Seguro Social Contra Accidentes y Enfermedades del trabajo, contenidos en la Ley 16.744.

El organismo administrador del seguro es la **Mutual de Seguridad, de la Cámara Chilena de la Construcción** y se establece como personas protegidas a todos aquellos con calidad Jurídica de Planta o Contrata, asegurando así al funcionario recibir atención médica integral, cuando él o ella ha sufrido un Accidente del Trabajo o de Trayecto.

Están protegidos por la Ley No. 16744 en el Art. No. 3 "...los estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la **realización de su práctica profesional**"

El funcionario afectado por un accidente de trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho a las siguientes prestaciones, que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente:

- a) Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio;
- b) Hospitalización si fuere necesario, ajuicio del facultativo tratante;
- c) Medicamentos y productos farmacéuticos;
- d) Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación;
- e) Rehabilitación física y reeducación profesional, y
- f) Los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Por ello, se establece un procedimiento de acción que permita una atención oportuna y eficaz de control ante lesiones y daños a la propiedad, determinar el origen de los accidentes y establecer las causas reales que los provocaron, para aplicar a la brevedad las medidas preventivas que corresponda. Para ello se realizará una completa investigación de los accidentes y para tal efecto, se obtendrá toda la información necesaria para determinar las causas básicas y nunca buscar culpables, puesto que la integridad y la exactitud del sistema para conocer el origen del accidente, depende de la información que entregue cada funcionario, por ello es necesario asegurar que los formularios y sus alcances sean entendidos por quienes están encargados de llenarlos.

## III.- DEFINICIONES

**Trabajadores protegidos por el Seguro Laboral:** funcionarios de planta, contrata o con contrato por Código del Trabajo.

**Accidente de trabajo:** es toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte.

**Accidente de trabajo Fatal:** aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o durante su traslado a un centro asistencial.

**Accidente de trabajo Grave:** cualquier accidente de trabajo que:

- obligue a realizar maniobras de resucitación, u
- obligue a realizar maniobras de rescate, u
- ocurra por caída de altura, de más de 2 mts., o
- provoque en forma inmediata, la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo, o
- involucre un número tal de trabajadores que afecte el desarrollo normal de la faena afectada.

**Faenas afectadas:** aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la faena en su conjunto, dependiendo de las características y origen del siniestro, y en la cual, de no adoptar la empresa medidas correctivas inmediatas, se pone en riesgo la seguridad de otros trabajadores.

**Accidente de Trayecto:** es toda lesión que una persona sufra en el trayecto directo y habitual, de ida o regreso, entre su casa – habitación y el lugar de trabajo.

Las denuncias de los accidentes del trabajo o trayecto deberán hacerse efectivas, preferentemente dentro de las 24 horas siguientes de acontecido el hecho (D.S. 101, artículo 74, párrafo 2°).

Exceptuase los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima.

**NO SON ACCIDENTES DEL TRABAJO O TRAYECTO** Los debidos a fuerza mayor extraña (Terremoto) que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima.

**Incidente:** son aquellos accidentes ocurridos al trabajador que no generan días de ausencia al trabajo.

**Enfermedad del trabajo:** es toda enfermedad, a causa directa del trabajo que provoca incapacidad o muerte, y que esta contenido dentro del listado de enfermedades que establece la normativa legal vigente.

**Siniestro:** todos los accidentes del trabajo, del trayecto, enfermedades laborales y/o daño a los bienes materiales del Gobierno Regional de Arica y Parinacota

**DIAT:** Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.

**COMPIN:** Comisión Médica de Reclamos

**COMERE:** Comisión Médica de Reclamos

**SUSESOS:** Superintendencia de Seguridad Social.

#### **IV.- PROCEDIMIENTO DE REPORTE, ATENCION, INVESTIGACION Y DENUNCIA DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.**

##### **1. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

###### **1.1.- Responsabilidades del Funcionario:**

- a. Informar a su jefe directo y al Departamento de Personal ante un siniestro, a la mayor brevedad posible. Lo cual puede ser en forma personal, telefónica, a través de terceros (compañeros de trabajo, familiares, amigos).
- b. El funcionario que ha sufrido un accidente, deberá solicitar cuanto antes a su Jefe directo o quien lo subrogue ser trasladado a un centro de atención o en el lugar que la gravedad de la lesión aconseje.
- c. Otorgar la información necesaria para elaborar investigaciones y trámites inherentes a los accidentes.
- d. Prevenir los riesgos de accidentes y enfermedades del trabajo.
- e. Conocer y aplicar este procedimiento en caso de siniestro.
- f. Informar si quedó en "reposo" o tuvo un "alta inmediata" y hacer llegar el documento respectivo al DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, en el plazo máximo de 2 días hábiles.
- g. El funcionario debe acatar las instrucciones emitidas por el médico tratante, sino se expone a perder el Beneficio del Seguro contra accidentes y enfermedades laborales, por abandono de tratamiento médico.
- h. Si le es revocado su reposo medico, informar inmediatamente al DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

- i. Proporcionar la información fidedigna y oportunamente que se le solicita.
- j. Al reintegrarse a sus funciones, deberá presentar en el Departamento de Personal el Certificado de "Alta Médica" emitido por la Mutual de Seguridad, sin éste documento no podrá reintegrarse al trabajo..
- k. Reintegrarse a sus funciones en la fecha que señala el documento.
- l. El funcionario que retorne de un periodo de reposo por Accidente del Trabajo, deberá tener una entrevista con el Comité Paritario de Higiene y Seguridad, en la cual se analizará las causas y pormenores de su accidente con objeto de acordar acciones conjuntas que eviten su repetición.

### 1.2.- Responsabilidad del Jefe Directo:

- a. Es responsable de tomar las acciones que permitan una rápida y oportuna atención médica en caso de accidente de trabajo.
- b. Es responsable de mantener vigente teléfono de contacto, si este ha sido proporcionado por la institución.
- c. Es responsable de que todos sepan que hacer en caso de alguna contingencia que involucre riesgos para las personas.
- d. Debe informar en forma inmediata de ocurrido un accidente al Departamento de Recursos Humanos y solicitar que se emita la D.I.A.T.(anexo 1) para la atención médica del afectado en el Centro de atención del Mutual de Seguridad (anexo 2)
- e. Si el accidente es grave, debe llamar inmediatamente al servicio de Urgencia de la Mutual de Seguridad al **fono 222099** identificándose y proporcionando la información que se solicita.
- f. Es responsable ante la ocurrencia de un accidente grave de suspender en forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
- g. En caso de alteración de las condiciones de trabajo, tomar las medidas para restablecer cuanto antes la normalidad en las operaciones, cuidando de registrar toda la información que haya en el lugar y que sirva para establecer las causas básicas que provocaron el accidente.
- h. Consignar en el "Informe de Identificación de Causas de Accidente" (anexo 3), el cual deberá ser enviado a Recursos Humanos, con copia al Comité Paritario y manteniendo una en el archivo del Departamento afectado.
- i. Es responsable de que el trabajador, después de una lesión, se reintegre en condiciones óptimas, y con el certificado de alta médica (TERMINO DE REPOSO).
- j. Propiciar e incentivar la participación activa en los cursos de la Mutual de Seguridad, elecciones de Comité Paritario, etc.

### 1.3.- Responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos

- a. Administrar y proporcionar la información y documentación necesaria para la obtención del seguro contra accidentes y enfermedades del trabajo,
- b. Emitir D.I.A.T. (En el momento del accidente y sino en el plazo de 24 horas).
- c. Archivo de copia de D.I.A.T. emitidas por el Servicio.
- d. Registrar la información sobre el estado de reposo y de alta de un trabajador con motivo del control de ausentismo.
- e. Solicitar el Certificado de alta médica, para reintegro de las funciones.
- f. Recepcionar el formulario de "Identificación de causas del accidente".
- g. Realizar la investigación de la ocurrencia del accidente y tomar las medidas preventivas, sugeridas por el Jefe directo y/o el Comité Paritario, de manera de evitar la ocurrencia de otro hecho de similares características.
- h. Implementar las medidas en el plazo mínimo que los procesos administrativos lo permitan.
- i. Llevará el registro estadístico de los antecedentes que emanen de las investigaciones de accidentes, las consecuencias de los accidentes: tasa de Accidentalidad, tasa de Siniestralidad, tasa de cotización, implicancia económica de los accidentes.
- j. En caso de accidente grave informar en forma inmediata a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región de Arica y Parinacota.

#### **1.4.- Responsabilidad del Comité Paritario de Higiene y Seguridad**

- a. Investigar las causas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que se produzcan en el Servicio.
- b. Emitir las sugerencias y recomendaciones para evitar que se repita el siniestro.
- c. Realizar el seguimiento de las medidas preventivas que se han de tomar.
- d. Decidir si el accidente del trabajo se debió a "negligencia inexcusable" del trabajador, para aplicar disposición del Art. 70 de la Ley No. 16.744.-
- e. Proceder según criterio ante un siniestro.

#### **2.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION SEGÚN LESION DEL ACCIDENTE.**

##### **2.1.- Accidente con lesión Leve:**

###### **a) En el lugar de trabajo en horario de funcionamiento del Servicio.**

- Debe informar al jefe directo.
- El Jefe directo o subrogante de aviso al Departamento de Recursos Humanos.
- El Departamento de Recursos Humanos emite la D.I.A.T.
- El Departamento de Recursos Humanos dispone el traslado al centro de la Mutual de Seguridad (de preferencia en vehículo institucional).
- Para su atención debe presentar el formulario D.I.A.T y su carnet de identidad.
- El funcionario posteriormente deberá hacer llegar al Departamento de Recursos Humanos la orden de atención médica, donde se señala si hay prescripción de reposo o fue dado de alta inmediata.
- Si se prescribe reposo deberá hacerlo efectivo en forma inmediata y hacer llegar la orden de reposo a través de terceros al Departamento de Recursos Humanos (Plazo 2 días hábiles)
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

###### **b) Fuera del lugar de trabajo en horario de funcionamiento del Servicio.**

- Debe informar al jefe directo y al departamento de recursos Humanos vía telefónica.
- El Departamento de Recursos Humanos emite la D.I.A.T y la presenta ante la Mutual de Seguridad.
- El funcionario de ser posible debe trasladarse en forma inmediata al centro de la Mutual de Seguridad.
- Para su atención debe presentar su carnet de identidad, identificarse como funcionario del Gobierno regional a través de su credencial y señalar que se trata de un accidente de trabajo.
- El funcionario posteriormente deberá hacer llegar al Departamento de Recursos Humanos la orden de atención médica, donde se señala si hay prescripción de reposo o fue dado de alta inmediata.
- Si se prescribe reposo deberá hacerlo efectivo en forma inmediata y hacer llegar la orden de reposo a través de terceros al Departamento de Recursos Humanos (Plazo 2 días hábiles)
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

###### **c) Fuera de horario de funcionamiento del Servicio, en el lugar o fuera del lugar habitual de desempeño.**

- Debe informar al jefe directo, quien debe estar en conocimiento del trabajo extraordinario que se ésta realizando.
- El funcionario deberá trasladarse al centro de la Mutual de Seguridad (de preferencia en vehículo institucional) o por sus propios medios de no ser factible.
- Para su atención debe presentar su carnet de identidad, identificarse como funcionario del Gobierno regional a través de su credencial y señalar que se trata de un accidente de trabajo.
- El Jefe directo deberá informar al Departamento de Recursos Humanos, para que este emita y presente a la brevedad ante la Mutual de Seguridad la D.I.A.T.
- El funcionario deberá presentar en el Departamento de Recursos Humanos la orden de atención médica, donde se señala si hay prescripción de reposo o fue dado de alta inmediata.
- Si se prescribe reposo deberá hacerlo efectivo en forma inmediata y hacer llegar la orden de reposo a través de terceros al Departamento de Recursos Humanos (Plazo 2 días hábiles)

- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

**d) Accidente del Trayecto**

- Dirigirse a centro de atención de la Mutual de Seguridad (anexo 1).
- Para su atención debe presentar carnet de identidad, presentarse como funcionario del Gobierno Regional a través de su credencial y señalar que se trata de un accidente de trayecto.
- Informar a la brevedad a su jefatura inmediata correspondiente e informar objetiva y detalladamente sobre el acontecimiento.
- Remitir toda la documentación de atención médica al DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.
- Obtener pruebas fehacientes que acrediten las circunstancias del suceso, dígase parte de carabineros y/o declaración de testigos entre otros.

**2.2.- Accidente con lesión Grave:**

**a) En el lugar de trabajo en horario de funcionamiento del Servicio.**

- El Jefe directo o quien lo asista debe solicitar asistencia médica inmediatamente a la Mutual, al número telefónico **222099** responder todas las consultas que realice la operadora del **SERVICIO DE URGENCIA DE LA MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION.**
- **Al realizar la llamada de urgencia, a los usuarios se solicita la siguiente información:** Mecanismo o situación de la lesión, condición del paciente, dirección y lugar exacto del accidente, número telefónico y nombre del informante, ante la eventual necesidad de restablecer la comunicación, nombre de la empresa.  
**Mediante la información específica sobre las condiciones del paciente, se evalúa:** la urgencia de la situación, la necesidad de proveer instrucción telefónica al informante sobre los primeros auxilios requeridos, requerimiento del apoyo de una Moto de Avanzada, tipo de ambulancia y definición del equipo humano que acudirá al lugar del accidente.
- Luego debe comunicar inmediatamente a la Jefe Directo del afectado o al DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.
- El Jefe Directo o quien lo subrogue deberá suspender en forma inmediata las faenas y de ser necesario permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
- El departamento de Recursos humanos emitirá la D.I.A.T y la hará llegar a la brevedad a la Mutual de Seguridad.
- El departamento de personal deberá informar en forma inmediata a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Ministerial de Salud.
- El departamento de Recursos Humanos deberá solicitar la orden de reposo respectiva, mientras el funcionario se encuentre hospitalizado.
- El funcionario que fuese derivado a su domicilio con reposo deberá hacer llegar a través de terceros la orden de reposo respectiva al Departamento de Recursos Humanos.
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

**b) En el lugar de trabajo fuera horario de funcionamiento del Servicio.**

- El Jefe directo o quien lo asista debe solicitar asistencia médica inmediatamente a la Mutual, al número telefónico **222099** y responder las consultas que realice la operadora del **SERVICIO DE URGENCIA DE LA MUTUAL DE SEGURIDAD DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION.**
- **Al realizar la llamada de urgencia, a los usuarios se solicita la siguiente información:** Mecanismo o situación de la lesión, condición del paciente, dirección y lugar exacto del accidente, número telefónico y nombre del informante, ante la eventual necesidad de restablecer la comunicación, nombre de la empresa.  
**Mediante la información específica sobre las condiciones del paciente, se evalúa:** la urgencia de la situación, la necesidad de proveer instrucción telefónica al informante sobre los primeros auxilios requeridos, requerimiento del apoyo de una Moto de Avanzada, tipo de ambulancia y definición del equipo humano que acudirá al lugar del accidente.
- Luego debe comunicar inmediatamente a la Jefatura Directa del afectado, quien se debe encontrar en conocimiento del trabajo extraordinario que se está realizando.

- El Jefe Directo informará a la brevedad al Departamento de Recursos Humanos.
- El departamento de Recursos humanos emitirá la D.I.A.T y la hará llegar a la brevedad a la Mutual de Seguridad.
- El departamento de personal deberá informar en forma inmediata a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Ministerial de Salud.
- El departamento de Recursos Humanos deberá solicitar la orden de reposo respectiva, mientras el funcionario se encuentre hospitalizado.
- El funcionario que fuese derivado a su domicilio con reposo deberá hacer llegar a través de terceros la orden de reposo respectiva al Departamento de Recursos Humanos.
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

**c) Fuera del lugar de trabajo durante o fuera horario de funcionamiento del Servicio.**

- El trabajador será trasladado al lugar de atención más cercano para recibir atención médica, que no coloque en riesgo su vida.
- Quien lo asista deberá informar al Departamento de Recursos Humanos o a su Jefe directo.
- El Jefe Directo informará a la brevedad al Departamento de Recursos Humanos.
- El departamento de Recursos humanos emitirá la D.I.A.T y la hará llegar a la brevedad a la Mutual de Seguridad.
- El departamento de personal deberá informar en forma inmediata a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Ministerial de Salud.
- Cuando las condiciones de salud lo permitan y no se pongan éstas en riesgo, el funcionario deberá ser trasladado al Centro de Atención de la Mutual de Seguridad, se debe presentar el Certificado de Atención Médica del centro asistencial que le otorgó la primera atención de urgencia
- El departamento de Recursos Humanos deberá solicitar la orden de reposo respectiva, mientras el funcionario se encuentre hospitalizado.
- El funcionario que fuese derivado a su domicilio con reposo deberá hacer llegar a través de terceros la orden de reposo respectiva al Departamento de Recursos Humanos.
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

**d. Accidente de trayecto:**

- El trabajador será trasladado al lugar de atención más cercano para recibir atención médica, que no coloque en riesgo su vida.
- Quien lo asista (familiares, amigos) deberán informar al Departamento de Recursos Humanos o a su Jefe directo.
- El Jefe Directo informará a la brevedad al Departamento de Recursos Humanos.
- El Departamento de Recursos Humanos emitirá la D.I.A.T y la hará llegar a la brevedad a la Mutual de Seguridad.
- El Departamento de Recursos Humanos deberá informar en forma inmediata a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Ministerial de Salud.
- Cuando las condiciones de salud lo permitan y no se pongan ésta en riesgo, el funcionario deberá ser trasladado al Centro de Atención de la Mutual de Seguridad, se debe presentar el Certificado de Atención Médica del centro asistencial que le otorgó la primera atención de urgencia y parte policial (si procediere).
- El Departamento de Recursos Humanos deberá solicitar la orden de reposo respectiva, mientras el funcionario se encuentre hospitalizado.
- El funcionario que fuese derivado a su domicilio con reposo deberá hacer llegar a través de terceros la orden de reposo respectiva al Departamento de Recursos Humanos.
- Se debe reincorporar cuando se le otorgue el "Alta Médica" documento que deberá presentar en el Departamento de Recursos humanos antes de asumir sus funciones.

### **3.- RECLAMOS Y PLAZOS**

**a) Si el trabajador no es atendido por la Mutual de Seguridad.**

El trabajador o el Gobierno Regional pueden presentar un escrito de reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social.

**b) Si el trabajador es dado de alta antes de su recuperación y la Mutual de Seguridad, se rehúsa a seguir atendiéndolo.**

El trabajador o el Gobierno Regional pueden presentar un escrito de reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social.

**c) Cuando el empleador o el trabajador no están de acuerdo con la calificación de origen (común o laboral) de un accidente efectuado por la Mutual de Seguridad.**

Se debe presentar el recurso de reconsideración ante el Sr. Superintendente de Seguridad Social, ya sea por el trabajador o el Gobierno Regional. Para ello debe adjuntar los siguiente: escrito de apelación o reclamo, resolución que comunica la calificación de origen común del accidente o patología, antecedentes que fundamentan su reclamo (circunstancia del accidente, informes médicos y cualquier otro antecedente que sea relevante) en el plazo de 90 días hábiles.


**d) Cuando el empleador o el trabajador no están de acuerdo con el grado de incapacidad permanente dictaminado.**

En primera instancia se apela a la Comisión Médica de Reclamo (COMERE) en el plazo de 90 días desde la notificación de la incapacidad.

Ante el rechazo de esta la última instancia es la Superintendencia de Seguridad Social y se debe presentar en el plazo de 30 días desde la fecha notificación de rechazo de de la COMERE.

ANEXO 1.- D.I.A.T. (Declaración Individual de accidentes de Trabajo)

Distribución: Original Mutual

|   |               |   |                      |       |
|---|---------------|---|----------------------|-------|
| <b>MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C.</b>  |               |   |                      |       |
|  | FECHA EMISION | <b>DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO N°</b> |                      |       |
|   |               | Historia Clínica  | Fecha Ingreso Mutual | Fecha |

|  |         |              |  |
|--|---------|--------------|--|
| <b>Individualización del Empleador</b> |         | RUT: -       |  |
| Razón Social                           |         | N° Adherente |  |
| Dirección                              |         | Actividad    |  |
| Calle:                                 | Número  | Ofic.:       |  |
| Comuna:                                | Ciudad: | Teléfono:    |  |

|  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
| <b>Individualización del Accidentado</b> |  |                                   |  |
| Nombre                                   | Apellido Paterno                       | Apellido Materno                  | Nombres  |
|  |  |                                   | Sexo<br>F 1 <input type="checkbox"/><br>M 2 <input type="checkbox"/>   |
|  |  |                                   | Edad   |
| Dirección                                | Número:                                |                                   | Año Nacimiento   |
| Calle:                                   | Fono:                                  |                                   | Cédula de Identidad  |
| Depto.:                                  | Ciudad:                                |                                   | Profesión u Oficio   |
| Comuna:                                  |  |                                   | Ocasional <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> |
| Organismo Previsional                    | Número de Semanas que lleva Trabajando | Categoría Ocupacional             | Remuneración Imponible mes anterior                                    |
| SSS Inscrip. N°                          | En la Firma                            | Empleado <input type="checkbox"/> |  |
| AFP                                      | En el Cargo                            | Obrero <input type="checkbox"/>   | Días Pagados   |
| Libreta AFP N°                           |  |                                   |  |
| Caja Compensación                        |  |                                   |  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>Información del Accidente</b>   |  |   |  |
| Tipo de Accidente: Accidente Trayecto - 1 <input type="checkbox"/> Accidente Trabajo - 2 <input type="checkbox"/> NAT - 3 <input type="checkbox"/> |  |   |  |
| Lugar  | Sitio Preciso                                    | Fecha   | Hora   |
| Calle:   |  | Lunes 1 <input type="checkbox"/> Viernes 5 <input type="checkbox"/>     | Cantidad de horas trabajadas al momento del accidente  |
| Número:  |  | Martes 2 <input type="checkbox"/> Sabado 6 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> |
| Comuna:  |  | Miércoles 3 <input type="checkbox"/> Domingo 7 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> |
| Ciudad:  |  | Jueves 4 <input type="checkbox"/>                                       | 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> |
| Camino:  |  |   |  |
| Circunstancia (Describe como ocurrió):   |  | Causa:  |  |
|  |  | 1 Golpes con o por 6 Atrapamiento                                       |  |
|  |  | 2 Golpes contra 7 Debido a exposición                                   |  |
|  |  | 3 Caída mismo nivel 8 Sobreesfuerzo                                     |  |
|  |  | 4 Caída distinto nivel 9 Varios y los indeterminados                    |  |
|  |  | 5 Contacto con  |  |
| Agente del Accidente:  |  | Cuando el accidente sea de trayecto individualice dos testigos          |  |
| Maquinaria 1 <input type="checkbox"/>  | Elem. p. manejo mat. 5 <input type="checkbox"/>  | Nombre:   | RUT: -   |
| Materiales 2 <input type="checkbox"/>  | Superficie de trabajo 6 <input type="checkbox"/> | Nombre:   | RUT: -   |
| Vehículos 3 <input type="checkbox"/>   | Animales 7 <input type="checkbox"/>              |   |  |
| Herramientas 4 <input type="checkbox"/>  | Otros 8 <input type="checkbox"/>                 |   |  |

**NOTA IMPORTANTE**

Para los efectos de los artículos 41 y 42 de la Ley 12.084, la persona que formula la presente denuncia, declara tener conocimiento de las sanciones penales que estas disposiciones contemplan, y se hace responsable de la veracidad e integridad de los hechos denunciados.

\_\_\_\_\_  
Firma  
\_\_\_\_\_  
Nombre y Timbre Representante Empresa

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| Diagnóstico Ingreso                 |  | Parte del Cuerpo Afectada   |
| Diagnóstico Egreso                  |  |   |
| Hospitalización                     | Tipo de Incapacidad                          | Causa de Cierre del Caso  |
| SI <input type="checkbox"/>         | Leve (horas) 1 <input type="checkbox"/>      | Alta Médica 1 <input type="checkbox"/> Invalidez 3 <input type="checkbox"/> |
| NO <input type="checkbox"/> Número: | Temporal 2 <input type="checkbox"/>          | Abandono  |
| Días de Incapacidad                 | Invalidez Parcial 3 <input type="checkbox"/> | Tratamiento 2 <input type="checkbox"/> Muerte 4 <input type="checkbox"/>    |
| SI <input type="checkbox"/>         | Invalidez Total 4 <input type="checkbox"/>   | Derivación 5 <input type="checkbox"/>                                       |
| NO <input type="checkbox"/> Número: | Gran Invalidez 5 <input type="checkbox"/>    |   |
|                                     | Muerte 6 <input type="checkbox"/>            | Fecha de Cierre   |
|                                     |  | _____<br>Día Mes Año  |

Imprimir Limpia datos

**ANEXO 2.-**

|   |
|---|
| <b>Ubicación de Clínica Mutual de Seguridad</b> |
| <b>Dirección Avda. Argentina No. 2247</b>       |
| <b>Fono Emergencia: 222099</b>                  |

**planos.cl**  
UN SITIO **Opubliguías**



**ANEXO 3-- Informe de Identificación de Causas de Accidente de Trabajo**  
**Informe de Identificación de Causas de Accidente de Trabajo**

|  |        |
|--|--------|
| <b>1.- Identificación del Jefe Directo que confecciona el informe:</b> |        |
| División:  | Dpto:  |
| Informe confeccionado por:   |        |
| Cargo:   | Fecha: |

|  |      |
|--|------|
| <b>2.-Identificación del Accidente</b> |      |
| Lugar del Accidente:                   |      |
| Fecha de Ocurrencia:                   | Hora |

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| <b>3.-Identificación del Funcionario</b> |  |                        |  |
| Nombre del Funcionario:                  |  |                        |  |
| Cargo:                                   |  |                        |  |
| Jornada Ordinaria                        |  | Jornada Extraordinaria |  |
| Tipo de Lesión:                          |  |                        |  |
| Que causó la Lesión:                     |  |                        |  |
|  |  |                        |  |

|   |
|---|
| <b>4.-Descripción del Accidente (Que, Como y Cuando sucedió):</b> |
|   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>5.-Testigos:</b> |  |
| Nombre:             |  |
| Nombre:             |  |


|   |
|---|
| <b>6.-¿Se dañó, además algún equipo o propiedad ? Detalle</b> |
|   |

|   |
|---|
| <b>7.-¿Qué sugiere para evitar futuros accidentes de este tipo?</b> |
|   |

|  |
|--|
| <b>8.-Observaciones / Antecedentes Adjuntos:</b> |
|  |

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Firma del Accidentado:</b> | <b>Firma del Jefe directo.</b> |
|                               |                                |

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



LUIS ROCAFULL LOPEZ  
INTENDENTE  
GOBIERNO REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA

- LRU/OSV/AF/AC/nac  
DISTRIBUCION
1. Comité Paritario de Higiene- Seguridad ✓
  2. Jefes División GORE Arica y Parinacota
  3. Departamento de Recursos - Humanos GORE Arica y Parinacota
  - 4.- Asociación de Funcionarios..
  5. Oficina de Partes – GORE Arica y Parinacota.