

CIRCULAR N° 2611

SANTIAGO, 12 FEB. 2010

**NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES FATALES DE
TRABAJADORES DE ENTIDADES EMPLEADORAS ADHERIDAS
A LAS MUTUALIDADES DE EMPLEADORES. IMPARTE
INSTRUCCIONES Y DEJA SIN EFECTO LAS CIRCULARES
N°s 2.285 Y 2.295, AMBAS DE 2006.**

FISCALIA

N°

27214

16 FEB 2010

DESTINO

RECEIVED
16 FEB 2010
REVISION OF PARTES
ALAMEDA 194

Esta Superintendencia, en virtud de las facultades contempladas en los artículos 2° y 30 de la Ley N° 16.395; y las disposiciones contenidas en los artículos 12 y 76, de la Ley N° 16.744; 23 y 126, del D.S. N° 1, de 1972 y en el inciso final del artículo 5°, del D.S. N° 67, de 1999, todos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ha estimado necesario adecuar las instrucciones impartidas a las Mutualidades de Empleadores, mediante Circulares N°s 2.285 y 2.295, ambas de 2006, con la finalidad de perfeccionar el Sistema de Registro y Seguimiento de Accidentes Laborales Fatales (RALF) que este Organismo Fiscalizador administra.

Dicho Sistema tiene entre sus objetivos: Contribuir a identificar y corregir las situaciones de riesgo que provocaron dichos accidentes y así evitar la repetición de accidentes de iguales o similares características en la misma entidad empleadora y, velar por la pronta calificación del origen del accidente ocurrido, como laboral o común, para que los derecho-habientes del trabajador fallecido tengan un acceso oportuno a los beneficios pecuniarios que contempla la Ley N° 16.744.

Se incluye en ANEXO I, el "Flujograma" del Sistema de Registro y Seguimiento de Accidentes Laborales Fatales, en el que se resumen las instrucciones contenidas en la presente Circular, los documentos, los envíos y los plazos que deberán ser cumplidos.

A. NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE UN ACCIDENTE LABORAL FATAL

1. Las Mutualidades deberán notificar a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la ocurrencia de cualquier accidente presumiblemente laboral -accidentes del trabajo y de trayecto- que ocasione la muerte a algún trabajador de una entidad empleadora adherida o a un trabajador independiente que cotice en alguna de esas entidades, para efectos del Seguro de la Ley N°16.744.
2. Los accidentes que se deberán notificar son aquellos en los que el trabajador fallece como consecuencia de éste, *hasta un año contado* desde su ocurrencia.
3. Se deberá mantener o nombrar, según corresponda, un encargado, a nivel nacional, responsable de las notificaciones enviadas a esta Superintendencia, quien será el interlocutor válido con la SUSESO, para estos efectos.
4. La notificación se deberá realizar en el "FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL", contenido en el ANEXO II, adjunto a esta Circular. Las instrucciones de llenado se encuentran al reverso de dicho documento.
 - 4.1 El formulario de notificación deberá enviarse por correo electrónico inmediatamente después de tomar conocimiento del hecho a:
 - a) La dirección de correo electrónico del **Sr. Superintendente**, que se indica en el ANEXO III.
 - b) La dirección de correo electrónico: accidentes@suseso.cl.
 - c) En caso de no tener acceso por esa vía, ésta se podrá efectuar por **FAX**, dirigido al **Sr. Superintendente**, al número indicado en el ANEXO III.
 - 4.2 En aquellos casos en que la notificación se hubiera enviado incompleta, se deberá remitir nuevamente dicho formulario con todos los datos, **dentro de las 24 hrs. de haber sido notificado el siniestro**, a la dirección de correo electrónico, accidentes@suseso.cl.
 - 4.3 Con el propósito de identificar adecuadamente la información recibida por correo electrónico, se deberá especificar claramente en el "Asunto": ACHS o MUSEG o IST (sigla que identifica a la Mutualidad respectiva), Notificación provisoria y nombre y RUN del trabajador.

- 4.4 Se considerará como fecha de notificación del accidente la fecha de envío del correo conductor, independientemente de la fecha que señale el formulario contenido en el correo.
- 4.5 En aquellos casos en que la fecha del correo electrónico sea posterior a la del formulario de notificación que se envía, se considerará que no se ha dado cumplimiento a la instrucción de notificar el siniestro inmediatamente de haber tomado conocimiento de éste.

B. INVESTIGACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

En los casos de accidentes laborales fatales notificados, ocurridos a trabajadores de una empresa adherida, la respectiva Mutualidad deberá:

1. Realizar la investigación del accidente, iniciándola inmediatamente de haber tomado conocimiento de éste, en aquellos casos en que la empresa a la que pertenecía el trabajador fallecido sea la única entidad empleadora. En los casos excepcionales en que ello no fuera posible, deberá informar de esta situación a la SUSESO.
2. Dirigir y coordinar la investigación entre los organismos administradores de las empresas involucradas en el siniestro, en aquellos casos en que la empresa, a la que pertenecía el trabajador fallecido, sea la empresa principal.

Los organismos administradores de las empresas contratistas y/o sub-contratistas deberán colaborar y aportar los antecedentes que permitan efectuar la investigación que establezca las causas del siniestro y la prescripción de las medidas correctivas que correspondan.

3. Participar en la investigación del accidente, en aquellos casos en que la empresa a la que pertenecía el trabajador fallecido es una empresa contratista o subcontratista, en este caso, dicha investigación será coordinada por el organismo administrador de la empresa principal.
4. Notificar al representante legal de su entidad empleadora adherida las medidas correctivas inmediatas establecidas por la investigación iniciada en el “**Formulario de Medidas Inmediatas**”, ANEXO IV, que se adjunta. Una copia de este formulario deberá remitirse a esta Superintendencia junto al Informe del Accidente, Anexo V.

En aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una empresa subcontratista o contratista de una empresa principal o para la que se encontraba trabajando en forma independiente, adherida para efectos del Seguro Ley N° 16.744 a otra Mutualidad, o afiliada al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o a una empresa con administración delegada, cada administrador de dicho Seguro deberá notificar las medidas que corresponda al representante legal de las respectivas empresas.

5. Reunir los antecedentes del accidente y efectuar un análisis que le permita emitir un primer informe interno dentro de los 10 días hábiles siguientes a haber tomado conocimiento del mismo, para calificarlo.
6. Emitir la **Resolución de Calificación del Accidente**, dentro de los 5 días hábiles siguientes a haberse cumplido el plazo del punto 5 anterior. Esta Resolución deberá establecer si se trata de un accidente laboral o común. En aquellos casos en que se establezca que el accidente es de origen laboral, se deberá precisar si éste es “del trabajo” o “de trayecto”.
7. Remitir a la SUSESO mediante un oficio, dentro de las 48 horas de haberse emitido, una copia de la Resolución de Calificación de cada uno de los accidentes fatales notificados, incluidos aquellos que en definitiva fueron calificados como de origen común o no cubiertos por el Seguro de la Ley N°16.744.

C. INFORME DEL ACCIDENTE

1. En el plazo máximo de 30 días hábiles, contado desde la fecha en que tomó conocimiento del accidente, la respectiva Mutualidad deberá remitir el **“Informe del Accidente”**, ANEXO V, que se adjunta, el que está conformado por:
 - a) Antecedentes del accidentado y de la entidad empleadora,
 - b) Copia del Informe de la Investigación del accidente, el que debe ser confeccionado de acuerdo a la metodología que esa Mutualidad utilice y,
 - c) Formulario de Causas y Medidas Correctivas.

En esa oportunidad se deberá remitir, además, el ANEXO IV.

2. El Informe de la Investigación del Accidente deberá contener, al menos, la siguiente información: individualización del trabajador fallecido y de la entidad empleadora, lugar preciso del accidente, hora del accidente, número de horas trabajadas al momento de ocurrido el accidente, descripción de lo ocurrido, precisando la tarea que realizaba el trabajador al momento del accidente, las circunstancias y el agente que provocó el accidente. Para la determinación de la o las causas básicas y causas inmediatas que originaron el accidente se deberá considerar la secuencia lógica de los hechos que finalmente provocaron la muerte del trabajador.

Dichas causas deberán estar contenidas en este informe así como las medidas correctivas y/o preventivas instruidas a la entidad empleadora.

Se podrá complementar el informe de investigación del accidente, cuando el caso así lo amerite, con fotografías, croquis, declaración de testigos, certificado de defunción, parte policial, y cualquier otro elemento que permita entender lo ocurrido y las medidas prescritas.

D. NOTIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

1. Las medidas correctivas necesarias a implementar, obtenidas del Informe de la Investigación del Accidente, con la finalidad de evitar la ocurrencia de un nuevo accidente de similares características, se deben registrar en el **“Formulario de Causas y Medidas Correctivas”**, contenido en el ANEXO V.

El “Formulario de Causas y Medidas Correctivas”, deberá ser notificado al representante legal de la entidad empleadora y suscrito por éste y por el profesional del Organismo Administrador que realiza la notificación.

Este Formulario deberá ser remitido, además, por correo electrónico a accidentes@suseso.cl, dentro de las 48 hrs. de haber sido notificado.

2. En caso de tener dificultad para efectuar la notificación al representante legal de la respectiva entidad empleadora, dicha notificación deberá ser remitida por correo certificado al representante legal de la entidad empleadora por el respectivo organismo administrador.
3. En aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una entidad empleadora subcontratista o contratista de una empresa principal o para la que se encontraba trabajando en forma independiente, y ésta se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, cada organismo administrador deberá notificar al representante legal de su o sus empresas adheridas o afiliadas, las medidas correctivas definidas producto de la investigación efectuada, mediante el Formulario de Causas y Medidas Correctivas.

E. DIFUSIÓN DEL CASO Y DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

Cada organismo administrador deberá difundir, entre sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas que realicen trabajos de similares características a las en que se generó el accidente, al menos, las circunstancias en que ocurrió el siniestro, y las causas

y las medidas preventivas que se deben implementar con el propósito de prevenir la ocurrencia de un accidente de similares características.

Se deberá llevar un registro de la difusión realizada en que se señale, al menos, el contenido de lo que se difunde, la fecha de la difusión, el o los medio(s) utilizado(s), y la nómina de las entidades empleadoras a las que se informó.

F. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS

La respectiva Mutualidad deberá verificar el cumplimiento de las medidas correctivas notificadas a la entidad empleadora, en los plazos establecidos en el Formulario de Causas y Medidas Correctivas del ANEXO V. Dicha verificación se registrará en el formulario “**Informe de Cumplimiento de Medidas Prescritas**”, ANEXO VI, que se adjunta.

Dentro del plazo de 7 días hábiles de haber efectuado la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas instruidas, la Mutualidad deberá enviar a esta Superintendencia el ANEXO VI, bajo firma del representante legal de la entidad empleadora y de la persona que realizó la verificación del cumplimiento de las medidas, señalando el estado de seguimiento del caso, especificando si las medidas fueron o no fueron cumplidas por la entidad empleadora, indicando en la columna “Observaciones” las razones del incumplimiento y si se requiere efectuar visitas u otras acciones posteriores.

G. INFORME DE ACCIONES ADOPTADAS

En aquellos casos en que la Mutualidad verifique que el incumplimiento de las medidas correctivas prescritas es injustificado, deberá ejercer alguna o algunas de las siguientes acciones:

- a) Comunicación de la situación a la Seremi de Salud e Inspección del Trabajo que corresponda, para que arbitren las respectivas medidas.
- b) Sanciones por aplicación del artículo 80 de la Ley N°16.744.
- c) Aplicación de un recargo por los artículos 5° y/o 15, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- d) Implementar un Plan especial de Trabajo.

La respectiva Mutualidad deberá informar las acciones adoptadas frente al incumplimiento en la implementación de las medidas por parte de la entidad empleadora, en el formulario “**Informe de Acciones Adoptadas**”, contenido en el ANEXO VII, el que deberá ser remitido a esta Superintendencia dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la verificación del incumplimiento.

H. SITUACIONES ESPECIALES

1. Cuando una Mutualidad tome conocimiento de un accidente con resultado de muerte cuya calificación haya sido modificada, de origen común a laboral, producto de lo resuelto por esta Superintendencia, éste deberá ser notificado dentro de las 48 hrs. de haber tomado conocimiento de dicha resolución.
2. En aquellos casos en que la muerte del trabajador ocurra como consecuencia de un accidente laboral, con posterioridad a la calificación de éste y hasta 12 meses contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, éstos se deberán notificar dentro de las 48 hrs. de haber tomado conocimiento del fallecimiento, mediante el “Formulario de Notificación Provisoria Inmediata de Accidente Laboral Fatal”, ANEXO II, acompañado de la Resolución de Calificación del Accidente.
3. En los casos señalados en los números 1 y 2 precedentes, el resto de los formularios: el “Informe del Accidente” ANEXO V, el “Informe de Cumplimiento de Medidas Prescritas”, ANEXO VI y el “Informe Acciones Adoptadas”, ANEXO VII,

deberán ser remitidos junto a la notificación, cuando se cuente con ellos. En caso contrario, la Mutualidad deberá proceder a realizar las acciones que le permitan contar con la información y remitir los respectivos formularios en un plazo no superior a 15 días hábiles, contado desde la fecha de la notificación del accidente.

I. RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES

1. Dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al informado, cada Mutualidad deberá remitir un resumen mensual de todos los accidentes laborales fatales de los que hubiere tomado conocimiento, tanto de accidentes del trabajo como de trayecto.
2. El resumen deberá ser enviado en el formulario **“RESUMEN MENSUAL ACCIDENTES LABORALES FATALES MES 20__”**, ANEXO VIII, que se adjunta.
3. Se deberán incluir en este resumen las correcciones que deba introducir a las nóminas de los meses enviados anteriormente, indicando en la columna “observaciones”, que corresponde a una corrección.
4. El ANEXO VIII, que contiene el resumen mensual se deberá enviar a la dirección de correo electrónico accidentes@suseso.cl.

Con el propósito de identificar la información recibida por correo electrónico, se deberá especificar claramente en el “Asunto”: ACHS o MUSEG o IST (sigla que identifica a la respectiva Mutualidad), Resumen Mensual, Mes XXX.

J. RESUMEN DE ANEXOS Y PLAZOS

Resumen de los Anexos que se deberán remitir y los plazos de envío, según corresponda:

- **FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL, ANEXO II**
Plazo notificación: inmediatamente de haber tomado conocimiento del accidente, por correo electrónico a accidentes@suseso.cl.
- **RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**
Plazo envío: dentro de las 48 hrs. de haberse emitido, mediante oficio.
- **NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES, ANEXO II**
Plazo notificación: dentro de las 48 horas de haber tomado conocimiento del fallecimiento o dentro de las 48 hrs. de haberse producido el cambio de la calificación del accidente, según corresponda, por correo electrónico a accidentes@suseso.cl.
- **INFORME DEL ACCIDENTE, ANEXO V** (incluye Antecedentes del accidentado y de la entidad empleadora, Copia del Informe de la Investigación del accidente y Formulario de Causas y Medidas Correctivas)
Plazo envío: 30 días hábiles, contado desde la fecha en que tomó conocimiento del accidente, mediante oficio.
Se debe enviar, además, el **FORMULARIO DE MEDIDAS INMEDIATAS, ANEXO IV**.
- **INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS, ANEXO VI**
Plazo envío: 7 días hábiles después de haber efectuado la verificación del cumplimiento de las medidas correctivas prescritas, mediante oficio.
- **INFORME DE ACCIONES ADOPTADAS, ANEXO VII**
Plazo envío: 15 días hábiles desde la verificación del incumplimiento, mediante oficio.
- **RESUMEN MENSUAL DE ACCIDENTES LABORALES FATALES, ANEXO VIII**
Plazo envío: dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al informado, por correo electrónico a accidentes@suseso.cl.

K. INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las presentes instrucciones rigen a contar del 1° de marzo de 2010.
2. Los documentos e informes instruidos en esta Circular, se deben mantener en el expediente o carpeta que se inicie del caso y deben estar disponibles para ser auditados en cualquier momento por esta Superintendencia.
3. Las Mutualidades deberán informar a sus entidades empleadoras adheridas, al momento de la notificación, que deberán mantener a disposición de las entidades fiscalizadoras los Anexos IV, V y VI de la presente Circular, en el lugar donde ocurrió el accidente.
4. Las modificaciones que se produzcan en las designaciones de coordinador nacional, así como de sus datos de contacto, deberán ser informadas a esta Superintendencia dentro de las 48 hrs. de ocurridas.
5. Las modificaciones que esta Superintendencia introduzca al ANEXO III de esta Circular serán informadas, a través de un correo electrónico dirigido, a los coordinadores nacionales, dentro de las 48 horas de ocurridas.

Cada Mutualidad deberá dar la mayor difusión a las presentes instrucciones y las personas encargadas de cumplirlas, deberán conocer el texto íntegro de la presente Circular.

Saluda atentamente a Ud.,



Maria José Zaldivar
MARIA JOSÉ ZALDIVAR
SUPERINTENDENTE (S)

DISTRIBUCIÓN

- Asociación Chilena de Seguridad
- Instituto de Seguridad del Trabajo
- Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción
(SE ADJUNTAN 8 ANEXOS)

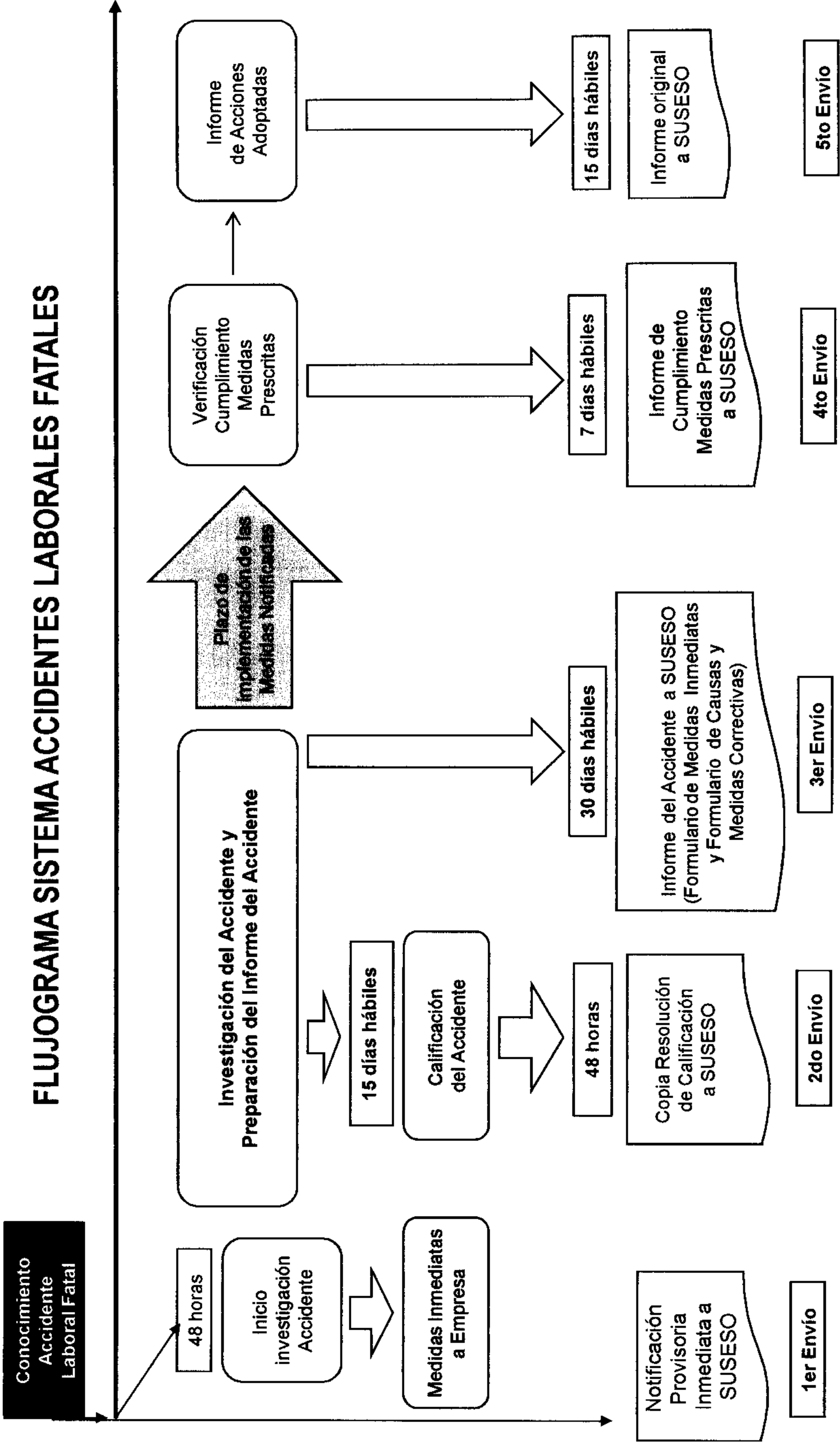
Con copia informativa a:

- Ministra del Trabajo y Previsión Social
- Subsecretario de Previsión Social
- Ministro de Salud
- Subsecretaría de Salud Pública
- Directora del Trabajo
- Instituto de Seguridad Laboral
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Empresas con Administración Delegada
- Jefe Unidad de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo – Dirección del Trabajo
- Fiscalía
- Secretaría General
- Departamento Jurídico
- Departamento Actuarial
- Departamento Médico
- Departamento Inspección
- Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Oficina de Partes
- Archivo Central



ANEXO I

FLUJOGRAMA SISTEMA ACCIDENTES LABORALES FATALES



ANEXO II

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL

Organismo Administrador: _____

Fecha de la Notificación: _____

I. Datos del Accidentado

1. Nombre:			
2. Rut:			
3. Edad:		4. Sexo (F/M):	
5. Fecha del Accidente:		6. Hora del Accidente:	
7. Dirección del Accidente:	(Calle, N°)		
	Comuna	Región	
8. Fecha Defunción:			
9. Lugar Defunción: (Marque con una cruz)	Mismo lugar del Accidente	Centro Asistencial	
	Otro:		

II Datos de la Entidad Empleadora

10. Nombre Empresa o Razón Social:			
11. Rut Empresa:		12. N° Adherente: (Mutualidades)	
13. Dirección Casa Matriz:	(Calle, N°)		
	Comuna	Región	
14. Teléfono Casa Matriz:	Código Área	Número	

Si el accidente ocurrió en alguna sucursal u oficina señale la dirección y teléfono

15. Dirección de la Sucursal u Oficina	(Calle, N°)		
	Comuna	Región	
16. Teléfono Sucursal u Oficina	Código Área	Número	

III. Breve descripción del evento

Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, el mecanismo del accidente, tipo de lesión, etc.

--

IV. Institución que Notifica

17. Nombre Institución:			
18. Persona que Notifica:			
19. Teléfono:	Código Área	Número	

- El presente Formulario, debe ser llenado y enviado vía fax, al encargado del sistema de Vigilancia de Accidentes Laborales Fatales de la Secretaría Regional Ministerial de Salud que corresponda al lugar de ocurrencia del accidente, inmediatamente conocido el evento. **El plazo máximo para esta notificación es de 12 horas desde conocido el hecho.**
- Los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744, deben enviar por correo electrónico una copia de este formulario a la **Superintendencia de Seguridad Social.**

El Formulario debe ser remitido inmediatamente de conocido el evento.

El plazo máximo para la notificación es de 12 horas desde conocido el evento.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA PROVISORIA
DE ACCIDENTE LABORAL FATAL**

Organismo Administrador: Nombre del Organismo Administrador al que está afiliada o adherida la empresa del trabajador fallecido.

Fecha de la Notificación: Fecha en la que fue confeccionado este formulario.

SECCIÓN I: DATOS DEL ACCIDENTADO

- **Nombre del Trabajador:** Indicar Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres.
- **R.U.T. del trabajador**
- **Edad del trabajador:** al momento del accidente.
- **Sexo:** indicar género femenino o masculino según corresponda.
- **Fecha del accidente:** Anote el día, mes y año del accidente (dd-mm-aaaa).
- **Hora del accidente:** Anote la hora en el recuadro, utilizando formato de 24 horas.
- **Dirección del accidente:** Indicar calle, número, comuna y región.
- **Fecha de defunción:** Anote el día, mes y año del accidente (dd-mm-aaaa).
- **Lugar de defunción:** Marque con una cruz el casillero que corresponda al lugar donde falleció el trabajador/a, si el deceso se produjo en el sitio del accidente, en algún centro asistencial u otro. En caso de marcar Otro, señale el lugar.

SECCIÓN II: DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

- **Nombre o Razón Social:** Indicar el Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres) o Razón Social del empleador.
- **R.U.T.:** Indicar el R.U.T. del empleador, sea éste persona natural o jurídica.
- **Número de adherente:** Informar sólo si está adherido a una Mutual.
- **Dirección:** Indicar la Dirección de la casa matriz (Calle, Número, Comuna, Ciudad, Región).
- **Teléfono:** Indicar N° de teléfono de la casa matriz (de acuerdo a lo solicitado en los recuadros).
- **Dirección de la Sucursal u Oficina:** Dirección del lugar donde ocurrió el accidente (de acuerdo a lo solicitado en los recuadros).
- **Teléfono Sucursal u Oficina:** Indicar N° de teléfono del lugar donde ocurrió el accidente (de acuerdo a lo solicitado en los recuadros).

SECCIÓN III: BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

En este espacio se debe describir qué pasó o cómo ocurrió el accidente, incluir, entre otros, la actividad que se encontraba realizando el trabajador.

SECCIÓN IV: IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

- **Nombre Institución:** Señalar el nombre del Organismo Administrador que está notificando.
- **Persona que Notifica:** Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno.
- **Teléfono:** Indicar N° de teléfono (de acuerdo a lo solicitado en los recuadros).



ANEXO III

1. El formulario de notificación provisoria deberá enviarse por correo electrónico, inmediatamente después de tomar conocimiento del hecho, a las siguientes direcciones de correo:
 - **aelizalde@suseso.cl**, Superintendente de Seguridad Social, y
 - **accidentes@suseso.cl**

2. La notificación provisoria que se efectúe *vía FAX, deberá ser dirigida al Sr. Alvaro Elizalde Soto, Superintendente, al FAX: 696 46 72.*



ANEXO IV

FORMULARIO DE MEDIDAS INMEDIATAS

Con motivo del accidente laboral ocurrido el día ___/___/___, en _____, comuna de _____, que ocasionó el fallecimiento de _____ RUN: _____, trabajador(a) de la Empresa: _____, RUT: _____, se instruye a su representante Sr/a. _____, RUN: _____, las siguientes medidas, las que deben ser implementadas en forma inmediata.

N°	Medida(s) Inmediata(s): <small>(Se debe poner una de las medidas inmediatas en cada fila)</small>	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
___/___/___ Fecha de Notificación	Nombre y Firma del Representante de la empresa	Nombre y Firma del investigador

Este documento es auditable y deberá estar disponible en la dirección de la empresa donde ocurrió el accidente para las Autoridades Fiscalizadoras.

ANEXO V

INFORME DEL ACCIDENTE
(incluye Formulario de Causas y Medidas Prescritas)

Fecha del Informe _____

1. Antecedentes del Trabajador

- 1.1. Nombre completo: _____
1.2. RUN: _____
1.3. Fecha Nacimiento: ___/___/___
1.4. Categoría Ocupacional: (Marque con una cruz lo que corresponda)
___ Empleador ___ Trabajador Dependiente ___ Familiar no remunerado ___ Trabajador voluntario
1.5. Horario de Trabajo: (Formato 24 horas)
Hora de ingreso: _____ Hora de salida: _____
Marque con una X, si cumplía, al momento del accidente:
___ Turnos de trabajo ___ Horas extraordinarias
1.6. Antigüedad en la Empresa: (Señale el N° que corresponda)
___ años ___ meses ___ días
1.7. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador: _____

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1. Nombre o Razón Social: _____
2.2. Tipo de empresa: Marque con una cruz lo que corresponda
___ Principal ___ Contratista ___ Subcontratista ___ De Servicios transitorios
2.3. Señale la Actividad Principal: _____
2.4. Código Actividad Económica (CIIU.CL): _____
2.5. Tasa Cotización:
2.5.1. Genérica (según D.S. N°110) : _____
2.5.2. Adicional (según D.S. N° 67) : _____
2.5.3. En última evaluación D.S. N°67, la cotización adicional:
___ Se mantuvo ___ Fue rebajada ___ Fue recargada
2.6. Promedio Anual de Trabajadores (último año) : _____
2.7. Número de Sucursales (con más de 25 trabajadores) que posee la empresa: _____
2.8. Da cumplimiento a la constitución y funcionamiento de los comités paritarios de higiene y seguridad.
___ SI ___ NO ___ No corresponde
2.8.1. N° de Comités que se encuentran en funcionamiento : _____
2.8.2. N° de Comités que debería tener de acuerdo al art.1 del D.S.N° 54 : _____
2.8.3. Señale si existía Comité Paritario en el lugar donde falleció el trabajador:
___ SI ___ NO ___ No corresponde
2.9. Da cumplimiento a la obligación de informar los riesgos laborales: ___ SI ___ NO
(artículo N°21, del D.S. N° 40)
2.10. Mantiene al día el Reglamento interno de Higiene y Seguridad: ___ SI ___ NO
(artículo N° 14, del D.S.N°40)
2.11. Debe contar con un Depto. de Prevención de Riesgos Profesionales:
___ SI ___ NO ___ No corresponde
2.11.1 Cuenta con un Depto. de Prevención de Riesgos Profesionales:
___ SI ___ NO
2.11.2 Antecedentes del Experto en Prevención de la Empresa:
Nombre: _____
Rut: _____
Tipo de contratación: _____
N° de Registro en Autoridad Sanitaria: _____
Categoría del experto: _____



___ Profesional ___ Técnico ___ Práctico

2.12. La empresa tiene un Programa de Prevención de Riesgos:
___ Si ___ NO

2.13. Respecto del cumplimiento del art. 66 bis, de la Ley N° 16.744 (Ley de Subcontratación), en la obra o faena respectiva, por parte de la empresa (Completar lo que corresponda al lugar de trabajo donde ocurrió el accidente):

2.13.1. Cuenta con un registro actualizado de antecedentes, incluido el Informe de evaluaciones de riesgo, letra d), del artículo N° 5, del D.S. N°76/2006.
___ SI ___ NO

Si la empresa es principal:

2.13.2. Cuenta con un Comité Paritario de Faena
___ SI ___ NO

2.13.3. Cuenta con un Departamento de Prevención de Riesgos de Faena
___ SI ___ NO ___ No corresponde

2.13.4. Se ha implementado un Sistema de Gestión de la SST
___ SI ___ NO ___ No corresponde

2.14. Respecto del comportamiento de la empresa en materias de SST, registra fiscalización con multas de la Dirección del Trabajo o la Seremi de Salud, previo a la ocurrencia del accidente (en los 3 últimos años).
___ SI ___ NO Indique de cuál organismo _____

3. Antecedentes del Accidente

3.1. Fecha: ___ / ___ / _____

3.2. Hora : _____ (formato 24 horas)

3.3. Dirección donde ocurrió el accidente: _____

3.4. Región donde ocurrió el accidente: _____

4. Descripción del Accidente

Señale la secuencia de eventos y explique cómo y por qué ocurrió el accidente. Describa la actividad que realizaba el trabajador cuando se accidentó e indique la experiencia que tenía en esta actividad (número de días, años y/o meses).

5. Antecedentes de la Investigación

5.1. Fecha en que se realizó: ___ / ___ / _____

5.2. Antecedentes considerados en la investigación: (Mediciones, informes, testigos, etc.)

5.3. Nombre del Experto Investigador : _____

5.4. Rut : _____

5.4.1. N° de Registro en Autoridad Sanitaria : _____

5.4.2. Categoría del experto Investigador

___ Profesional ___ Técnico ___ Práctico

Acompañar Copia del Informe de Investigación realizado por ese Organismo Administrador.

FORMULARIO DE CAUSAS Y MEDIDAS CORRECTIVAS

Producto de la investigación efectuada al accidente laboral ocurrido el día ___/___/___ en _____, comuna de _____, que ocasionó el fallecimiento de _____ RUN: _____-__, trabajador(a) de la Empresa: _____, RUT: _____-__, se instruye a su representante Sr/a. _____ RUN: _____-__, para que se adopten las medidas correctivas que a continuación se detallan, de acuerdo a las causas determinadas en esta investigación, las que deben ser implementadas en los plazos indicados:

N°	Causa(s): <small>(Señalar las causas que provocaron el accidente. Píllene una fila para cada causa.)</small>	Medida(s) Correctiva(s): <small>(para cada causa señale la o las correspondientes medidas correctivas.)</small>	Plazo de implementación de las medidas <small>(dd-mm-aa)</small>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Agregue las filas necesarias según el número de causas identificadas.

___/___/___ Fecha de Notificación	Nombre y Firma del Representante de la empresa	Nombre y Firma del investigador
--------------------------------------	--	---------------------------------

Este documento es auditable y deberá estar disponible en la empresa para las Autoridades Fiscalizadoras.



ANEXO VI

INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS

Fecha del accidente: _____

Nombre del trabajador fallecido: _____ RUN: _____

Nombre de la Empresa: _____ RUT: _____

N°	Medida(s)Correctiva(s) Prescrita(s)	La medida fue implementada (SI /NO)	Ampliación del plazo* (SI / NO)	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

(*)Indique las razones para ampliar el plazo y el nuevo plazo en la columna Observaciones.

____ / ____ / ____ Fecha de verificación	Nombre y Firma de quien realiza la verificación
---	---

Este documento es auditable y deberá estar disponible en la empresa para las Autoridades Fiscalizadoras.

ANEXO VII

INFORME DE ACCIONES ADOPTADAS
(FRENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PRESCRITAS)

Fecha informe: _____

1. Antecedentes del Accidente del Trabajo Fatal

- 1.1. Fecha Accidente: _____
1.2. Fecha Defunción: _____
1.3. Nombre trabajador fallecido: _____
1.4. Rut: _____ -- _____

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1. Nombre o Razón Social: _____
2.2. Rut Empresa: _____ -- _____

3. Constatación de incumplimiento de las medidas prescritas

- 3.1. Señale las medidas que no fueron implementadas:

Fecha de verificación: _____

- 3.2. Señale las medidas que no fueron implementadas, aún cuando el plazo fue ampliado:

Fecha de verificación: _____

4. Acciones adoptadas por el Organismo Administrador del Seguro de la Ley N° 16.744, frente al incumplimiento de la implementación de las medidas prescritas:

- 4.1. Multa, aplicación Art. 80, Ley N° 16.744: ___ SI ___ NO

Monto de la multa y fecha de aplicación: _____

- 4.2. Recargo, por aplicación del D.S. N° 67 :

4.2.1. Art. 15 : ___ SI ___ NO

4.2.2. Art. 5 (inciso final): ___ SI ___ NO

4.2.3. Fecha de inicio del recargo y término si corresponde:

- 4.3. Comunicación a la Dirección del Trabajo : ___ SI ___ NO

N° y fecha de documento de comunicación: _____

- 4.4. Comunicación a SEREMI _____(región): ___ SI ___ NO

N° y fecha de documento de comunicación: _____

- 4.5. Plan especial de trabajo con la empresa: ___ SI ___ NO

Fecha de inicio del Plan de trabajo: _____

Resuma el Plan de trabajo : _____

- 4.6. Indique los documentos que acompaña (resoluciones, cartas, etc): _____

Nombre y firma
Representante Organismo Administrador



ANEXO VIII

RESUMEN MENSUAL DE ACCIDENTES LABORALES FATALES

N°	MES:					AÑO:			Observaciones
	Fecha del Accidente	Rut Accidentado	Nombre Accidentado	Nombre Empresa	Rut Empresa	Código Actividad empresa (CIU.cl)	Tipo Accidente (TB o TY o NoL)*		

- TB: accidente del trabajo
- TY: accidente de trayecto
- NoL: accidente no laboral

2



**Señor
Gerente General
Mutual de Seguridad C.CH.C.
Alameda 194 - Santiago**