



DECRETO ALCALDICIO N°

6449

LA ALCALDÍA DE LO ESPEJO, HOY DECRETÓ LO SIGUIENTE:

29=12=2023

VISTOS:

- 1.- La ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades
- 2.- El Memorándum N° 600/416/2605/2023 de la Dirección de Administración y Finanzas de fecha 27 de diciembre del año en curso, dirigido a la Dirección de Asesoría Jurídica.
- 3.- El Memorándum N° 400/2308/2023 de la Dirección de Asesoría Jurídica, de fecha 28 de diciembre de 2023, dirigido a la Alcaldía.
- 4.- El Memorándum N° 100/2975/2023, de la Señorita Alcaldesa de fecha 28 de diciembre de 2023, dirigido a la Secretaria Municipal, ordenando la confección del presente decreto.

TENIENDO PRESENTE: Las facultades que me confiere la Ley N°18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y lo dispuesto en el Decreto Alcaldicio Siaper N°3189, de fecha 29 de junio de 2021, donde consta mi designación como Alcaldesa de esta Municipalidad.

DECRETO:

1° APRUEBESE MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA SABER CÓMO ACTUAR ANTE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL, ACCIDENTE DE TRAYECTO O ACCIDENTE LABORAL PARA EL AREA MUNICIPAL.

2° ESTABLEZCASE MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA SABER CÓMO ACTUAR ANTE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL, ACCIDENTE DE TRAYECTO O ACCIDENTE LABORAL PARA EL AREA MUNICIPAL

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO

INTRODUCCIÓN

Atendiendo los constantes riesgos a los cuales se exponen nuestros funcionarios, se hace necesario organizar, estructurar e implementar procedimientos que permitan a los funcionarios de la Municipalidad de Lo Espejo, saber cómo actuar ante un accidentes laborales, enfermedades profesionales y accidentes de trayecto, de esta forma protegerse y resguardar su integridad, mediante acciones rápidas, coordinadas entre los funcionarios y sus jefaturas directas.

En este contexto, se ha desarrollado un "**procedimiento para saber cómo actuar ante una enfermedad profesional, un accidente de trayecto o accidente laboral**" en la Municipalidad de lo Espejo.

OBJETIVO GENERAL:

El siguiente procedimiento tiene por objetivo estructurar y organizar adecuadamente a los funcionarios municipales junto a las jefaturas, para saber cómo actuar ante una enfermedad profesional, un accidente laboral, o un accidente de trayecto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diseñar las estrategias necesarias para que se dé una respuesta adecuada en caso de accidentes laborales, accidentes de trayecto y enfermedades profesionales.
- Establecer un procedimiento normalizado para saber cómo actuar ante accidentes laborales, de trayecto y enfermedades profesionales para todos los funcionarios de la municipalidad de lo espejo.
- Organizar y estructurar un procedimiento en las distintas direcciones, departamentos, oficinas, programas, entre otros, para saber cómo actuar ante un accidente laboral, de trayecto o enfermedad profesional.
- Evitar o minimizar las lesiones y las complicaciones postraumáticas que puedan sufrir los funcionarios como consecuencia de un accidente laboral, de trayecto o enfermedad profesional.

ALCANCE:

El siguiente procedimiento aplica a todos los funcionarios ya sea en calidad de Planta, Contrata y Código de Trabajo de la Municipalidad de lo Espejo.

Respecto de los trabajadores que emiten boletas de honorarios, otorga a los trabajadores la cobertura frente a un accidente de trabajo, trayecto o enfermedad profesional (Ley Núm. 21.133 “Modifica las normas para la incorporación de los trabajadores independientes a los regímenes de protección social”).

DEFINICIONES:

- **SEGURO LABORAL:** El seguro de la Ley N° 16.744, es un Seguro Social que otorga prestaciones médicas y económicas a los trabajadores que sufren un accidente del trabajo o contraen una enfermedad profesional. Además, otorga prestaciones preventivas en los lugares de trabajo.
- **DIRECCIONES MUNICIPALES:** Unidades en las cuales se desarrollan las actividades.
- **EMERGENCIA:** Hecho o situación derivada de causas naturales y/o producidas por el hombre, que evoluciona de tal manera, que pone en peligro la vida y bienes materiales, debiendo adoptarse medidas conducentes a contener, contrarrestar y controlar sus efectos.
- **PROCEDIMIENTO PARA SABER CÓMO ACTUAR ANTE UN SISMO O TERREMOTO:** Organización de los medios disponibles para garantizar la intervención inmediata ante la existencia de un accidente laboral, de trayecto o enfermedad profesional, que involucren riesgos para los funcionarios de la municipalidad.
- **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Es toda lesión que sufra un funcionario a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Por lo tanto, los elementos del accidente son una lesión; la relación causal u ocasional entre el trabajo y la lesión, y la incapacidad o muerte del accidentado.
- **ACCIDENTE DE TRAYECTO:** Son los que ocurren en el trayecto directo de ida y regreso entre la habitación y el lugar de trabajo. cuando el accidente se produce en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, se considera que el siniestro está relacionado con el trabajo al que se dirigía el funcionario.
- **ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Es la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice un funcionario y que le produzca incapacidad o muerte.
- **ACCIDENTE LEVE:** Son aquellos accidentes en que no está en riesgo la vida del funcionario.

- **ACCIDENTE GRAVE:** Son aquellos en que está en riesgo la vida del trabajador.
- **ACCIDENTE FATAL:** Es el que provoca la muerte del funcionario en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente.
- **DIAT:** Denunciar todos aquellos Accidentes del Trabajo, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).
- **DIEP:** Es un documento legal, mediante el cual se deben denunciar todas aquellas Enfermedades Profesionales presumiblemente laborales, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).

DEBERES Y DERECHOS DE LOS FUNCIONARIOS:

DEBERES	DERECHOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener informada a sus jefaturas directas o supervisores a cargo. ✓ Tomar conocimiento del proceso de estudio al cual acepta ingresar. ✓ Entregar información veraz acerca de su enfermedad o accidente, identidad y dirección. ✓ Tratar respetuosamente al personal de salud. ✓ Si no se presenta a dos citaciones, el caso será cerrado por abandono del estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recibir información oportuna y comprensible de su estado de salud y del proceso de estudio de enfermedad profesional. ✓ Recibir atención de calidad y segura. ✓ Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención médica. ✓ Apelar a la resolución de calificación del caso.

DIRECTORES Y JEFES DE DEPARTAMENTOS FRENTE A ACCIDENTE LABORAL O ACCIDENTE DE TRAYECTO:

- Los Directores y Jefes de Departamentos, deben estar informado de cualquier accidente laboral o accidente de trayecto que le pueda ocurrir a cualquier funcionario de su dirección, departamento, oficina.
- En caso de accidente el Director, o Jefe de Departamento según sea el caso, informara a través de memorándum al Departamento de Personal de lo ocurrido.
- Debe coordinar el traslado o rescate del funcionario afecto a algún centro asistencial de mutual de seguridad, más cercano al accidente.
- Se debe informar de lo sucedido al departamento de personal para resolver y disponer las medidas que sean necesarias.
- Se generará en un plazo máximo de 24 horas el formulario de denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT).

DIRECTORES Y JEFES DE DEPARTAMENTOS FRENTE A ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- Los Directores y Jefes de Departamentos, deben estar informado de cualquier accidente laboral o accidente de trayecto que le pueda ocurrir a cualquier funcionario de su dirección, departamento, oficina.
- En caso de accidente el Director, o Jefe de Departamento según sea el caso, informara a través de memorándum al Departamento de Personal de lo ocurrido.
- Se generará en un plazo máximo de 24 horas el formulario de denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP).
- Deberá colaborar con toda la información, e investigación solicitada por mutual de seguridad a fin de determinar las causas de la enfermedad profesional.

FUNCIONARIOS FRENTE A ACCIDENTE LABORAL O ACCIDENTE DE TRAYECTO:

- Debe informar de forma inmediata de cualquier accidente laboral o accidente de trayecto que le pueda ocurrir a su director, jefe directo, supervisor, coordinador entre otros.
- Debe coordinar con la jefatura directa el traslado a algún centro asistencial de mutual de seguridad.
- Se debe informar de lo sucedido al departamento de personal para resolver y disponer las medidas que sean necesarias.
- Procura atenderte de urgencias en el centro asistencial más cercano si el accidente es grave.
- Concorre al centro asistencial de mutual de seguridad más cercano.
- Se generará el formulario de denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT) para asistir a algún centro asistencial de mutual de seguridad.
- Solicitar el traslado al número de rescate 1407 en caso que el municipio no pueda efectuarlo.
- Ocurrido el accidente la jefatura directa tiene 24 horas para emitir la denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT).
- El Departamento de Personal debe generar la DIAT de manera electrónica. ingresa a www.mutual.cl, con RUT y clave, opción generar DIAT. también puedes completar el formulario y subirlo a la sucursal virtual en www.mutual.cl, con tu RUT y clave, opción resolución de accidentes, selecciona la empresa y siniestro correspondiente y en la opción subir documentos solicitados.
- Debe entregar información veraz de lo ocurrido ya sea en un accidente laboral o accidente del trayecto.
- Realiza denuncia correspondiente ante carabineros para la obtención del parte policial respectivo, (en caso de accidente de trayecto).
- Llamar a carabineros al 133 ante el desconocimiento de los antecedentes del funcionario accidentado.

FUNCIONARIOS FRENTE A ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- Debe informar a su jefe directo de cualquier molestia o dolencia que pueda tener y que sea de posible origen laboral.
- El funcionario deberá realizar la denuncia de posible enfermedad profesional en su mutualidad (DIEP).
- De debe informar de lo sucedido al departamento de personal para resolver y disponer las medidas que sean necesarias.
- Ocurrido La Enfermedad Profesional el Departamento de Personal tiene 24 horas para emitir la denuncia individual de accidente del trabajo (DIEP).
- Deberá colaborar con toda la información, e investigación solicitada por mutual de seguridad a fin de determinar las causas de la enfermedad profesional.
- Para determinar la exposición a un agente de riesgo se debe evaluar las condiciones del trabajo. en el caso de estudio de enfermedades de salud mental se realizarán entrevistas a otros funcionarios de la unidad de trabajo.

- Un comité de calificación será el que realice la calificación de origen de la enfermedad en laboral o común, basándose en las evaluaciones clínicas y evaluación de las condiciones de trabajo.
- La entrega de los resultados se entregará en un plazo máximo de 5 días. el funcionario recibe el informe de comité, la resolución de la calificación y los informes de exámenes.
- Si la calificación de origen es laboral, se tomarán medidas de control del riesgo, esto puede implicar readecuación o cambio de puesto de trabajo. y si es de origen común se derivará el caso a su previsión de salud a la cual pertenezca.

TRABAJADORES INDEPENDIENTE QUE EMITEN BOLETA DE HONORARIOS:

- Según Ley N°21.133, los trabajadores tendrán la cobertura frente a un accidente del trabajo, trayecto y/o enfermedad profesional, incluyendo gastos médicos y beneficios económicos, y la asesoría en prevención de riesgos laborales. La atención médica, quirúrgica y dental, hospitalizaciones, medicamentos y gastos en traslado, entre otros ítems, son parte de los beneficios gratuitos.
- Serán cubiertos por el seguro de accidente de trabajo, trayecto y enfermedades profesionales, todo aquel trabajador que emite boleta de honorario y además que hayan cotizados en el año en la operación renta.
- En el caso de que el trabajador presente un accidente de trabajo, trayecto y enfermedades profesionales, deberá informar a su coordinador y dirigirse al centro de urgencia más cercano.
- De acuerdo a la Ley N°21.133, Artículo 2 letra e) "Los trabajadores independientes a que se refiere este artículo y aquellos a que se refiere el inciso tercero del artículo 90 del decreto ley N° 3.500, de 1980, en forma previa al entero de la primera cotización para el referido seguro, ya sea anual o mensual respectivamente, deberán registrarse en alguno de los organismos administradores del seguro social de la ley N° 16.744. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de lo dispuesto en el inciso cuarto, los trabajadores independientes que no se encuentren adheridos a una mutualidad de empleadores se entenderán afiliados al Instituto de Seguridad Laboral."

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR EN CASO DE UN ACCIDENTE DE TRAYECTO EN UN CENTRO ASISTENCIAL O EN MUTUAL:

- Cedula de Identidad
- Parte policía según sea el caso
- Certificado de atención medica del centro de asistencia donde se otorgó la primera atención de urgencia
- Certificado de horario extendido por la empresa que establece la hora en que ocurrió el accidente
- Testigos en caso de existir
- Cualquier medio de prueba que acredite el hecho
- Todos los antecedentes, más la declaración del afectado ante mutual, constituyen los elementos necesarios para que se acredite si, conforme a la Ley 16.744, corresponde a un accidente de trayecto.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO O DE TRAYECTO (Decreto Supremo N°101, Artículo 71)

- a) Los trabajadores que sufran un accidente del trabajo o de trayecto deben ser enviados, para su atención, por la entidad empleadora, inmediatamente de tomar conocimiento del siniestro, al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda.
- b) La entidad empleadora deberá presentar en el organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada, la correspondiente "Denuncia Individual de Accidente del Trabajo" (DIAT), debiendo mantener una copia de la misma. Este documento deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo no superior a 24 horas de conocido el accidente.
- c) En caso que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia en el plazo establecido, ésta deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene

y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos podrá hacer la denuncia.

d) En el evento que el empleador no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda o que las circunstancias en que ocurrió el accidente impidan que aquél tome conocimiento del mismo, el trabajador podrá concurrir por sus propios medios, debiendo ser atendido de inmediato.

e) Excepcionalmente, el accidentado puede ser trasladado en primera instancia a un centro asistencial que no sea el que le corresponde según su organismo administrador, en las siguientes situaciones: casos de urgencia o cuando la cercanía del lugar donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requieran. Se entenderá que hay urgencia cuando la condición de salud o cuadro clínico implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, de no mediar atención médica inmediata. Una vez calificada la urgencia y efectuado el ingreso del accidentado, el centro asistencial deberá informar dicha situación a los organismos administradores, dejando constancia de ello.

f) Para que el trabajador pueda ser trasladado a un centro asistencial de su organismo administrador o a aquél con el cual éste tenga convenio, deberá contar con la autorización por escrito del médico que actuará por encargo del organismo administrador.

g) Las resoluciones que se pronuncien sobre el origen común o profesional de un accidente, deberán ser notificadas al trabajador y a la entidad empleadora.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (Decreto Supremo N°101, Artículo 72)

a) Los organismos administradores están obligados a efectuar, de oficio o a requerimiento de los trabajadores o de las entidades empleadoras, los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional, sólo en cuanto existan o hayan existido en el lugar de trabajo, agentes o factores de riesgo que pudieran asociarse a una enfermedad profesional, debiendo comunicar a los trabajadores los resultados individuales y a la entidad empleadora respectiva los datos a que pueda tener acceso en conformidad a las disposiciones legales vigentes, y en caso de haber trabajadores afectados por una enfermedad profesional se deberá indicar que sean trasladados a otras faenas donde no estén expuestos al agente causal de la enfermedad.

b) Frente al rechazo del organismo administrador a efectuar dichos exámenes, el cual deberá ser fundado, el trabajador o la entidad empleadora, podrán recurrir a la Superintendencia, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

c) Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá remitir la correspondiente "Denuncia Individual de Enfermedad Profesional" (DIEP), a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad. El empleador deberá guardar una copia de la DIEP, documento que deberá presentar con la información que indique su formato.

d) En el caso que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia en el plazo establecido en la letra anterior, ésta deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos podrá hacer la denuncia.

e) El organismo administrador deberá emitir la correspondiente resolución en cuanto a si la afección es de origen común o de origen profesional, la cual deberá notificarse al trabajador y a la entidad empleadora, instruyéndoles las medidas que procedan.

f) Al momento en que se le diagnostique a algún trabajador o ex-trabajador la existencia de una enfermedad profesional, el organismo administrador deberá dejar constancia en sus registros, a lo menos, de sus datos personales, la fecha del diagnóstico, la patología y el puesto de trabajo en que estuvo o está expuesto al riesgo que se la originó.

g) El organismo administrador deberá incorporar a la entidad empleadora a sus programas de vigilancia epidemiológica, al momento de establecer en ella la presencia de factores de riesgo que así lo ameriten o de diagnosticar en los trabajadores alguna enfermedad profesional.

CAPACITACION:

Sera de cargo del Departamento de Personal, efectuar las capacitaciones a los funcionarios sobre “MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA SABER COMO ACTUAR ANTE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL, ACCIDENTE DE TRAYECTO O LABORAL”, semestralmente, con una evaluación al termino del año sobre el contenido del mismo.

TRIPTICO INFORMATIVO Y FORMULARIOS:

La Ley N° 16.744 establece que un accidente del trabajo es: toda lesión que sufra un (a) trabajador (a) a causa del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Mientras que un accidente de trayecto es: el que ocurre en el trayecto directo de ida o regreso entre la habitación y el lugar de trabajo.

NÚMEROS DE EMERGENCIA

- SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIAS (SAMU)
FONO: 131
- BOMBEROS DE CHILE
FONO: 132
- EMERGENCIAS RESCATE MUTUAL DE SEGURIDAD
FONO: 1407
- POLICIA DE INVESTIGACIONES (PDI)
FONO: 134
- SALUD LO ESPEJO
FONO: 9 9445 1396
9 9186 3013

ACCIDENTE LABORAL Y ACCIDENTE DE TRAYECTO

LO ESPEJO
Municipalidad

Departamento de Personal

DEBERES Y DERECHOS DE LAS Y LOS FUNCIONARIOS:

DEBERES:	DERECHOS:
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener Informada a sus jefaturas directas o supervisores a cargo. • Tomar conocimiento del proceso de estudio al cual acepta ingresar. • Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección. • Tratar respetuosamente al personal de salud. • Si no se presenta a dos citaciones, el caso será cerrado por abandono del estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir información oportuna y comprensible de su estado de salud y del proceso de estudio de enfermedad profesional. • Recibir atención de calidad y segura. • Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención médica. • Apelar a la resolución de calificación del caso.

DEFINICIONES:

- **Accidente de trabajo:** es toda lesión que sufra un funcionario a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Por lo tanto, los elementos del accidente son una lesión, la relación causal u ocasional entre el trabajo y la lesión, y la incapacidad o muerte del accidentado.
- **Accidente de trayecto:** son los que ocurren en el trayecto directo de ida y regreso entre la habitación y el lugar de trabajo. Cuando el accidente se produce en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, se considera que el siniestro está relacionado con el trabajo al que se dirigía el funcionario.
- **Accidente leve:** Son aquellos accidentes en que no está en riesgo la vida del funcionario.
- **Accidente grave:** Son aquellos en que está en riesgo la vida del trabajador.
- **Accidente fatal:** Es el que provoca la muerte del funcionario en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente.

SI PRESENTA UNA DOLENCIA DE POSIBLE ORIGEN LABORAL DEBE:

- 1- Informar a la jefatura directa o al supervisor a cargo.
- 2- La jefatura directa o el funcionario deberá realizar la denuncia de posible enfermedad profesional en su mutualidad (DIEP).
- 3- En un plazo de 7 días recibirá atención de un médico quien examinará y solicitará la evaluación clínica y de condiciones de trabajo. Para enfermedades musculoesqueléticas se realizarán ecografías y radiografías. Para enfermedades de salud mental se realizarán evaluación con médico y psicólogo.
- 4- Para determinar la exposición a un agente de riesgo se debe evaluar las condiciones del trabajo. En el caso de estudio de enfermedades de salud mental se realizarán entrevistas a otros funcionarios de la unidad de trabajo.
- 5- Un comité será el que realice la calificación de origen de la enfermedad en laboral o común, basándose en las evaluaciones clínicas y evaluación de las condiciones de trabajo.
- 6- Los resultados se entregarán en un plazo máximo de 5 días. El funcionario recibe el informe de comité, la resolución de la calificación y los informes de exámenes.
- 7- Si la calificación de origen es laboral, se tomarán medidas de control del riesgo. Esto puede implicar readecuación o cambio de puesto de trabajo.

¿QUÉ HACER ANTE UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?:

- 1- Informar a la jefatura directa o al supervisor a cargo.
- 2- La jefatura deberá definir el tipo de accidente.
- 3- Solicitar el traslado al número de rescate 1407 en caso que el municipio no pueda efectuarlo.

5- Generar la DIAT de manera electrónica. Ingresar a www.mutual.cl, con RUT y clave, opción Generar DIAT o DIEP. También puedes completar el formulario y subirlo a la sucursal virtual en www.mutual.cl, con tu RUT y clave, opción resolución de accidentes, selecciona la empresa y siniestro correspondiente y en la opción subir documentos adjunta el formulario.

6- Concurrir al centro de salud con tu cedula de identidad en caso que la DIAT no haya sido enviada en el plazo señalado.

¿QUÉ HACER ANTE UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?:

- 1- Informar a la jefatura directa o al supervisor a cargo, inmediatamente ocurrido el accidente.
- 2- Concurrir al centro asistencial de mutual más cercano.
- 3- Procura atención de urgencias en el centro asistencial más cercano si el accidente es grave.
- 4- Ocurrido el accidente la jefatura directa tiene 24 horas para emitir la denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT).
- 5- Generar la DIAT de manera electrónica. Ingresar a www.mutual.cl, con RUT y clave, opción Generar DIAT o DIEP.
- 6- Realiza denuncia correspondiente ante Carabineros para la obtención del parte policial respectivo.
- 7- Solicitar por parte de la jefatura directa el servicio de rescate al 1407 si producto del accidente el trabajador pierde la conciencia.
- 8- Llamar a Carabineros al 133 ante el desconocimiento de los antecedentes del funcionario accidentado.



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____ Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

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

Actividad Económica: _____

Principal
 Contratista
 Subcontratista
 De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa: _____

Hombres
 Mujeres
 Pública
 Privada

N° de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: _____

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica en empresa principal: _____

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: _____

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

Aikeche
 Colla
 Quechua
 Otro - Cuál? _____
 Atacamayo
 Diaguita
 Ranarui
 Aimara
 Mapuche
 Yamana (Yagán)
 Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Días
 Meses
 Años

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

Indefinido
 Plazo Fijo
 Por Obra o Faena
 Temporada

Empleador
 Trabajador Dependiente
 Trabajador Independiente
 Familiar no Remunerado
 Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

Tipo de Ingreso: _____

Remuneración Fija
 Remuneración Variable
 Honorarios

C. Datos de la Enfermedad

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

Días
 Meses
 Años

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? _____ Parte del cuerpo afectada: _____

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

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

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

Días
 Meses
 Años

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

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

D. Identificación del Denunciante

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

Número de Teléfono: _____

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):

Empleador
 Trabajador/a
 Familiar
 Médico Tratante
 Comité Paritario
 Empresa Usaria
 Otro

Firma: _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIEP

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIEP (día-mes-año).
- Folio de la DIEP: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuantos Hombres y cuantas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a enfermo/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponde al sexo del trabajador/a enfermo/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se enfermó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponde al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponde al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponde a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.

C. DATOS DE LA ENFERMEDAD

26. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a. Autoexplicativo.
27. ¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: Responda la pregunta anotando, en el recuadro, el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas, y marque con una x en el casillero que corresponda.
28. ¿Ha habido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda. Si o No.
29. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
30. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
31. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
32. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo. Si o No.
33. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
34. ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?: Anote número de días o meses o años, y marque con una x lo que corresponda (días o meses o años).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

35. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
36. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
37. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
38. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a enfermo/a, un familiar del trabajador/a enfermo/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a enfermo/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
39. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso Fecha de Emisión Folio:

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razon Social RUT
 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono
 Actividad Económica Hombres Mujeres Pública Privada
 Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa
 Tipo de Empresa Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN
 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono
 Hombre Mujer Edad Fecha de Nacimiento Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:
 Alacatufe Colla Quechua Otro - Cuál ?
 Atacameño Diaguita Rapanui
 Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno
 Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada Tipo de Ingreso:
 Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario Remuneración Fija
 Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario Remuneración Variable
 Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario Honorarios
 Categoría Ocupacional

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente A.M. P.M. A.M. P.M. A.M. P.M.
 Hora del Accidente Hora de Ingreso al Trabajo Hora de Salida del Trabajo
 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna
 Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):
 Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:
 Señale cuál era su trabajo habitual: ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO
 Clasificación del Accidente (Artículo 74 - Ley) Tipo de Accidente: Si es accidente de Trayecto, responda: Tipo de accidente de Trayecto:
 Grave Fatal Otro Trabajo Trayecto Domicilio - Trabajo
 Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro Trabajo - Domicilio
 Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro Entre dos Trabajos
 Medio de Prueba Detalle del Medio de Prueba

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN
 Número de Teléfono Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):
 Empleado Trabajadora Familiar Médico Tratante
 Empleado Trabajadora Familiar Médico Tratante
 Comité Paritario Empresa Usuaria Otro
 Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT(día-mes-año).
- Folio de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUT: Anote el RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a ninguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de Ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.

C. DATOS DEL ACCIDENTE

26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una x el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indicar el nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco.
36. Señale si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual? Marque con una x el casillero que corresponda, sí o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una x si corresponde a un accidente calificado como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art.76 de la Ley 16.744), si no está dentro de la definición en la respectiva circular, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una x si es un accidente del Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una x el tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una x el Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (ej. nombre del testigo).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

40. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUT: RUT o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
42. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JAVIERA PAZ REYES JARA

ALCALDESA

(FDO) NELSON SANTANA HERNÁNDEZ

SECRETARIO MUNICIPAL

Lo que transcribo, para conocimiento y fines pertinentes



(Handwritten signature of Nelson Santana Hernández)

NELSON SANTANA HERNÁNDEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

JPRJ/NSH/ceb
DISTRIBUCIÓN:

- 1.- Secretaría Municipal. /2.- Dirección de Control. /3.- Dirección de Asesoría Jurídica. /4.- Dirección de Administración y Finanzas/ 5.- Departamento de Personal. / 6.- Oficina de Transparencia / 7.- Oficina de Partes e Informaciones.