



2295

CIRCULAR N°

SANTIAGO, 11 MAY 2006

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS MUTUALIDADES DE
EMPLEADORES DE LA LEY N° 16.744 RESPECTO DE LA
NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES
FATALES Y OTROS QUE SE INDICAN.
MODIFICA CIRCULAR N°2.285, DE 2006.**

Esta Superintendencia, en virtud de las facultades contempladas por los artículos 2 y 30 de la Ley N° 16.395, 12 de la Ley N° 16.744, 1, 23, y 126 del D.S. N° 1, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ha estimado necesario reemplazar dos de los formularios contenidos en la Circular N° 2.285, de 2006, la cual contiene las instrucciones impartidas a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 para la notificación de accidentes laborales fatales y otros que se indican.

Lo anterior, por cuanto, el Ministerio de Salud, a través del ORD:B33/N° 1.294, de 4 de mayo de 2006, de la Subsecretaría de Salud Pública, nos ha informado que esa Subsecretaría ha adoptado oficialmente el formato del "FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL", que esta Superintendencia le propusiera y que es producto del trabajo coordinado realizado por profesionales del Departamento de Salud Ocupacional de ese Ministerio y de la Superintendencia de Seguridad Social.

Asimismo, debido a que en este formulario único de notificación no fueron considerados antecedentes que son relevantes para el seguimiento que se efectúa de los casos, se ha determinado incorporarlos en el formulario "Informe de Investigación del Accidente", contenido en el ANEXO V. HOJA 1, de la Circular N° 2.285, nos referimos a la ocupación u oficio del afectado y la actividad que realizaba cuando se accidentó.

Finalmente, y con el propósito de lograr la consolidación, en el más breve plazo, del Sistema de Seguimiento de Accidentes Laborales Fatales que administra nuestra Institución, concentrando inicialmente todos los esfuerzos y acciones en conseguir el cumplimiento en forma integral del flujograma establecido en la Circular N° 2.285, de 2006, esta Superintendencia ha decidido posponer la obligación de notificar los accidentes de connotación pública, graves y las intoxicaciones de plaguicidas para una fecha posterior, la que se informará con la debida antelación. Sin perjuicio de lo señalado, esta Superintendencia requerirá todos los antecedentes que considere oportunos en caso que alguna situación así lo amerite.

I NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES

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 afecte a algún trabajador de una empresa adherida y cuya lesión produzca la muerte del trabajador.
2. La notificación deberá realizarse en el formulario único "FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL", que se adjunta a esta Circular y que reemplaza al ANEXO II de la citada Circular N° 2.285.
3. Se mantienen respecto de estas notificaciones, las instrucciones de los puntos 3, 4, 5 y 6, del ítem I de la Circular N° 2.285, de 2006.

II INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE

En el plazo máximo de 30 días hábiles, contado desde la fecha en que tomó conocimiento del accidente, la Mutualidad deberá remitir una copia del "Informe de Investigación del Accidente" realizado y/o coordinado por ésta, según el formato que se adjunta, y que reemplaza al ANEXO V, HOJA 1, de la Circular N° 2.285, modificándolo sólo en el punto 1. Antecedentes del Trabajador, al incorporar la ocupación u oficio del afectado y la actividad que realizaba cuando se accidentó.

III INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las presentes instrucciones serán obligatorias a contar del décimo día siguiente a la fecha de la presente Circular, quedando sin efecto la Circular N° 2.285, de 2006, sólo en lo que corresponda.
2. Se deberá dar la mayor difusión de las presentes instrucciones.

Saluda atentamente a Ud,

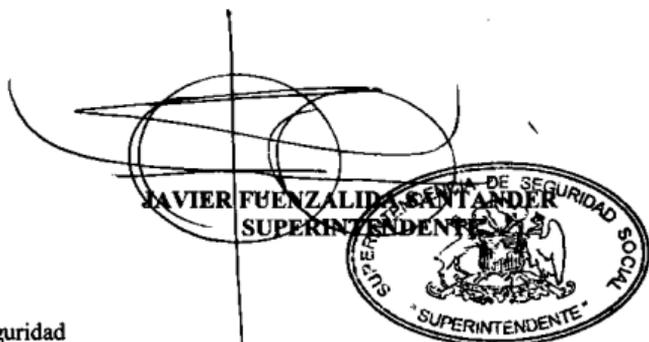

ATL

DISTRIBUCIÓN

- Asociación Chilena de Seguridad
 - Instituto de Seguridad del Trabajo
 - Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción
 - Instituto de Normalización Previsional
 - Empresas con Administración Delegada
- (Se adjuntan 2 Anexos)

Con copia informativa a:

- Ministro del Trabajo y Previsión Social
- Subsecretaría de Previsión Social
- Ministro de Salud
- Subsecretaría de Salud Pública
- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud
- Director del Trabajo
- Jefe Departamento de Salud Ocupacional - MINSAL
- 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
- Unidad de Estudios
- Oficina de Partes
- Archivo Central





GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

ANEXO II



Informe de Investigación del Accidente

Fecha del Informe / /

1. Antecedentes del Trabajador

- 1.1. Nombre:
- 1.2. Rut:
- 1.3. Fecha Nacimiento:
- 1.4. Ocupación u Oficio:
- 1.5. Antigüedad en la Empresa:
- 1.6. Actividad que realizaba cuando se accidentó.
- 1.7. Experiencia en la actividad que realizaba cuando se accidentó (número días, años o meses):

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1. Nombre o Razón Social:
- 2.2. Actividad Principal (Nombre):
- 2.3. Código Actividad Económica:
- 2.4. Número Sucursales:
- 2.5. Tasa Cotización:
 - 2.5.1. Genérica (según DS110) : _____
 - 2.5.2. Adicional (según DS67) : _____
 - 2.5.3. En última evaluación DS 67, la cotización adicional.
 Se mantuvo Fue Rebajada Fue Recargada
- 2.6. Promedio Anual de Trabajadores (último período anual considerado DS67) : _____
- 2.7. Cumplimiento de la obligación de informar los Riesgos Laborales: SI NO
- 2.8. Existencia de Reglamento Interno de Higiene y Seguridad: SI NO
- 2.9. Número de Comités Paritarios:
 - 2.9.1. En Funcionamiento : _____
 - 2.9.2. Debería tener : _____
 - 2.9.3. Fecha constitución Comité Paritario donde ocurrió el accidente : / /
- 2.10. Existencia de Dpto. de Prevención de Riesgos Profesionales: SI NO
 - 2.10.1. Fecha inicio funcionamiento del Departamento: / /
- 2.11. Existe Programa de Prevención de Riesgos : SI NO

3. Antecedentes del Experto en Prevención de la Empresa

- 3.1. Nombre :
- 3.2. Rut :
- 3.3. Tipo de contratación :
- 3.4. N° de Registro en Autoridad Sanitaria .
- 3.5. Categoría : Profesional Técnico Práctico

4. Antecedentes del Accidente

- 4.1. Día : / /
- 4.2. Hora : :
- 4.3. Lugar :
- 4.4. Dirección (incluir Comuna):
- 4.5. Región .

5. Antecedentes de la Investigación

- 5.1. Fecha en que se realizó: / /
- 5.2. Antecedentes considerados en la investigación: (Mediciones, informes, testigos, etc)

6. Descripción y Análisis del Accidente: (señale la secuencia de eventos y especifique cómo y por qué ocurrió el accidente)

7. Antecedentes del Investigador:

- 7.1. Nombre del Experto Investigador :
- 7.2. Rut . _____ -- _____
 - 7.2.1. N° de Registro en Autoridad Sanitaria : _____
 - 7.2.2. Categoría : Profesional Técnico Práctico

8. Causas del Accidente y Medidas Correctivas: infórmelas en la HOJA 2 de este ANEXO



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

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 _____			
Comuna _____		Región _____	
8. Fecha Defunción			
9. Lugar Defunción:			
<i>(Marque con una cruz)</i>			
Mismo lugar del Accidente		Centro Asistencial	
Otro. Especifique: _____			

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.º _____			
Comuna _____		Región _____	
14 Teléfono Casa Matriz:			
Codigo Area _____		Numero _____	

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

15. Dirección de la Sucursal u Oficina			
Calle, N.º _____			
Comuna _____		Región _____	
16. Teléfono Sucursal u Oficina			
Codigo Area _____		Numero _____	

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:			
Codigo Area _____		Numero _____	

- 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.
- 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.**