

CIRCULAR N° 2345

SANTIAGO, 10 ENE. 2007

**IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO DE LAS  
OBLIGACIONES IMPUESTAS A LAS EMPRESAS POR LOS  
INCISOS CUARTO Y QUINTO DEL ARTÍCULO 76 DE LA LEY  
N° 16.744, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO  
EN LA LEY N° 20.123.**

Esta Superintendencia, en virtud de las facultades contempladas en 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, y atendidas las modificaciones introducidas por la Ley N° 20.123 al artículo 76 de la Ley N° 16.744, viene en impartir las siguientes instrucciones.

## I ANTECEDENTES

1. En conformidad con lo dispuesto en los incisos cuarto y quinto del artículo 76 de la Ley N° 16.744, si en una empresa ocurre un accidente del trabajo grave o fatal, el empleador deberá cumplir con las siguientes obligaciones:
    - 1.1 Suspender en forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
    - 1.2 Informar inmediatamente de lo ocurrido a la Inspección del Trabajo (Inspección) y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi) que corresponda.
  2. Para los efectos de las obligaciones antes señaladas, se entenderá por:
    - a) **Accidente del trabajo fatal**, aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o durante su traslado a un centro asistencial.
    - b) **Accidente del trabajo grave**, cualquier accidente del trabajo que:
      - Obligue a realizar maniobras de reanimación, u
      - Obligue a realizar maniobras de rescate, u
      - Ocurra por caída de altura, de más de 2 mts., u
      - 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.
    - c) **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 peligro la vida o salud de otros trabajadores.
- El listado de accidentes del trabajo graves será revisado por la Superintendencia de Seguridad Social periódicamente, lo que permitirá efectuar los ajustes que se estimen necesarios.

## II PROCEDIMIENTO

1. Cuando ocurra un accidente del trabajo fatal o grave en los términos antes señalados, el empleador deberá suspender en forma inmediata las faenas afectadas y además, de ser necesario, deberá evacuar dichas faenas, cuando en éstas exista la posibilidad que ocurra un nuevo accidente de similares características.

El ingreso a estas áreas, para enfrentar y controlar el o los riesgo(s) presente(s), sólo deberá efectuarse con personal debidamente entrenado y equipado.
2. El empleador deberá informar inmediatamente de ocurrido cualquier accidente del trabajo fatal o grave, tanto a la Inspección como a la Seremi que corresponda al domicilio en que éste ocurrió.
3. En caso de tratarse de un accidente del trabajo fatal o grave que le ocurra a un trabajador de una empresa de servicios transitorios, la empresa usuaria deberá cumplir las obligaciones señaladas en los puntos 1 y 2 anteriores.

4. El empleador deberá efectuar la denuncia a:

- a) La respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud, por vía telefónica o correo electrónico o FAX o personalmente.

La nómina de direcciones, teléfonos, direcciones de correo electrónico y FAX que deberán ser utilizados para la notificación a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, se adjunta en el **Anexo II**.

- b) La respectiva Inspección del Trabajo, por vía telefónica o FAX o personalmente.

La nómina de direcciones, teléfonos y FAX que deberán ser utilizados para la notificación a las Inspecciones del Trabajo, se adjunta en el **Anexo III**.

Las nóminas señaladas se encontrarán disponibles en las páginas web de las siguientes entidades:

Superintendencia de Seguridad Social: [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl)

Dirección del Trabajo: [www.direcciondeltrabajo.cl](http://www.direcciondeltrabajo.cl)

Ministerio de Salud: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

5. En aquellos casos en que la empresa no cuente con los medios antes señalados para cumplir con su obligación de informar a la Inspección y Seremi respectiva, se entenderá que cumple con dicha obligación al informar a la entidad fiscalizadora que sea competente en relación con la actividad que desarrolla, cuando dicha entidad cuente con algún otro medio de comunicación (Directemar, Sernageomin, entre otras).

Las entidades fiscalizadoras que reciban esta información deberán transmitirla directamente a la Inspección y la Seremi que corresponda, de manera de dar curso al procedimiento regular.

6. El empleador deberá entregar, al menos, la siguiente información acerca del accidente: Datos de la empresa, dirección de ocurrencia del accidente, y el tipo de accidente (fatal o grave) y descripción de lo ocurrido.

En aquellos casos que la notificación se realice vía correo electrónico o fax, se deberá utilizar el formulario que se acompaña en **Anexo I**. No se debe informar accidentados graves y fallecidos en un mismo formulario.

7. El empleador podrá requerir el levantamiento de la suspensión de las faenas informando a la Inspección y a la Seremi que corresponda, por las mismas vías señaladas en el punto 4. anterior, cuando haya subsanado las causas que originaron el accidente.

8. La reanudación de faenas sólo podrá ser autorizada por la entidad fiscalizadora que corresponda, Inspección del Trabajo o Secretaría Regional Ministerial de Salud.

Dicha autorización deberá constar por escrito, sea en papel o medio digital, debiendo mantenerse copia de ella en la respectiva faena.

9. Frente al incumplimiento de las obligaciones señaladas en los puntos 1 y 2 anteriores, las empresas infractoras serán sancionadas con la multa a que se refiere el inciso final del artículo 76 de la Ley N° 16.744

10. El procedimiento anterior, no modifica ni reemplaza la obligación del empleador de denunciar el accidente en el formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), ante el respectivo organismo administrador, así como tampoco lo exime de la obligación de adoptar todas las medidas que sean necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de todos los trabajadores, frente a la ocurrencia de cualquier accidente del trabajo.

### III ROL DE LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744

Los organismos administradores de la Ley N° 16.744, Mutualidades e Instituto de Normalización Previsional, deberán:

1. Difundir las presentes instrucciones entre sus empresas adheridas o afiliadas.
2. Otorgar asistencia técnica a las empresas en que haya ocurrido un accidente del trabajo fatal o grave, en cuanto éstos les sean denunciados.

### IV INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las presentes instrucciones serán obligatorias a contar del 14 de enero de 2007.
2. Se deberá dar la mayor difusión a las presentes instrucciones para que las empresas e instituciones que deban cumplirlas conozcan el texto íntegro de la presente Circular.

Saluda atentamente a Ud,



JAVIER FUENZALIDA SANTANDER  
SUPERINTENDENTE

*Am/2*  
DISTRIBUCIÓN:

(Se adjuntan 3 Anexos)

Dirección del Trabajo

- Inspecciones del Trabajo
- Subsecretaría de Salud Pública
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Servicio Nacional de Geología y Minería
- Dirección General de Territorio Marítimo y Marina Mercante
- Asociación Chilena de Seguridad
- Instituto de Seguridad del Trabajo
- Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción
- Instituto de Normalización Previsional
- Sociedad de Fomento Fabril
- Confederación de la Producción y del Comercio
- Cámara Chilena de la Construcción
- Asociación de Industriales Metalúrgicos
- Sociedad Nacional de Minería

Asociación de Bancos  
Confederación Minera de Chile  
Confederación de la Madera  
Central Unitaria de Trabajadores de Chile  
Confederación Autónoma de Trabajadores  
Unión Nacional de Trabajadores  
Federación Nacional de Sindicatos de Trabajadores del Area de la Construcción, Maderas, Aridos, Servicios y otros  
Confederación Nacional de Trabajadores Metalúrgicos

Con copia informativa a:

Ministro del Trabajo y Previsión Social  
Subsecretaria de Previsión Social  
Subsecretario del Trabajo  
Ministra de Salud  
Subsecretaria de Salud Pública  
Directora del Trabajo  
Secretarías Regionales Ministeriales del Trabajo y Previsión Social  
Empresas con Administración Delegada  
Servicio Agrícola y Ganadero  
Dirección General de Aeronáutica Civil  
Jefe Departamento Fiscalización Dirección del Trabajo  
Jefe Departamento Salud Ocupacional del Ministerio de Salud  
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  
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL TRABAJO

## ANEXO I

### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO FATAL Y GRAVE

Fecha de la Notificación:

<b>Marque con una cruz el tipo de accidente</b>	
Accidente Fatal	<input type="checkbox"/>
Accidente Grave	<input type="checkbox"/>

#### I. Datos de la Entidad Empleadora

1. Nombre Empresa o Razón Social: <small>Campo obligatorio</small>			
2. Rut Empresa:			
3. Dirección Casa Matriz: <small>Campo obligatorio</small>	<small>(Calle, N°)</small>		
	<small>Comuna</small>		<small>Región</small>
4. Teléfono Casa Matriz: <small>Campo obligatorio</small>	<small>Código Área</small>	<small>Número</small>	

#### II. Datos del Accidente

5. Nombre del o los accidentados:			
6. Fecha del Accidente: <small>Campo obligatorio</small>		7. Hora del Accidente:	
8. Dirección Lugar del Accidente: <small>Campo obligatorio</small>	<small>(Calle, N°)</small>		
	<small>Comuna</small>		<small>Región</small>
9. Teléfono Lugar del accidente <small>Campo obligatorio</small>	<small>Código Área</small>	<small>Número</small>	

#### III. Breve descripción de Accidente Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, cómo se produjo el accidente y la lesión que provocó.

<small>Campo obligatorio</small>
----------------------------------

#### IV. Datos del Informante

10. Nombre: <small>Campo obligatorio</small>	
11. RUT: <small>Campo obligatorio</small>	
12. Cargo: <small>Campo obligatorio</small>	

#### V. Organismo Administrador al que se encuentra adherida o afiliada la empresa

13. Nombre	
------------	--