

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

El objetivo del presente documento, es entregar las pautas de actuación frente a la ocurrencia de un accidente del trabajo (grave o fatal), accidente de trayecto y/o enfermedad profesional, al **personal del Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, contratado en calidad jurídica contrata, contrata reemplazo, suplencia, planta y código del trabajo**, para que lo conozcan y apliquen.

LEY N°16.744:

Es la Ley que establece el seguro social obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, creada en 1968. Además, los Servicios conforme a esta Ley, pagan un seguro en el sistema de mutualidades que otorga a su personal el beneficio para recibir en forma gratuita prestaciones médicas y económicas en el evento de sufrir un accidente del trabajo (Grave o Fatal), accidente de trayecto y/o una enfermedad profesional.

El Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, se encuentra adherido al organismo administrador “Mutual de Seguridad CChC.”

CENTROS MUTUAL DE SEGURIDAD CCHC EN CASO DE ACCIDENTE:

Lugar (Comunas)	Dirección Sucursal Mutual de Seguridad CChC	Teléfonos
Santiago	Agustinas #1365, Santiago (Atención Ambulatoria) (08:30 am a 18:00 Horas)	2-28765700
Estación Central	Alameda #4848, Estación Central (Atención las 24 Horas)	6003012222 / 2-26775000
Quilicura	Panamericana Norte N° 7500, Quilicura (8:00 am a 20:00 horas)	2-28765600
Maipú	Avda. Pajaritos 999 interior centro de diagnóstico Pajaritos – Maipú (08:30 am a 18:00 horas)	2-27879880
Providencia	Almirante Pastene #249, Providencia, Metro Manuel Montt (08:30 am a 18:00 horas)	2-28765721 / 2-28765722
La Florida	Av. Vicuña Mackenna Oriente N° 6381, La Florida (8:30 am a 21:00 horas)	2-23555800
Puente Alto	Juan Rojas Maldonado Ex-Teniente Bello N° 66, Puente Alto (08:30 am a 19:00 horas)	2-23555850 / 2-23555856
San Bernardo	Freire N° 339, San Bernardo (8:30 am a 20:00 horas)	2-28765900
Pudahuel	Avda. Américo Vespucio Oriente 1309 Local 110 A, Pudahuel (08:30 am a 18:00 Horas)	2-27879780 / 2-27879781
Talagante	Enrique Alcalde N° 993, Talagante (8:30 am a 18:00 horas)	2-28155108
Vitacura	Av. Las Tranqueras N°1327, Vitacura, esq. Las Hualtata (08:30 am a 18:00 horas)	2-22247428 / 2-25788300

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

ALGUNAS DEFINICIONES A CONSIDERAR:

- **Accidente del trabajo:** Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.
 Se considerarán también accidentes del trabajo los sufridos por dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.
- **Accidente de trayecto:** Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo.
- **Enfermedad profesional:** Es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.
- **Accidente del Trabajo Grave:** (Art. 76, Ley Nº 16.744) cualquier accidente del trabajo que:
 - Provoque en forma inmediata (en el lugar del accidente) la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo.
 - Obligue a realizar maniobras de reanimación.
 - Obligue a realizar maniobras de rescate.
 - Ocurra por caída de altura de más de 1,8 metros.
 - Ocurra en condiciones hiperbáricas.
 - Involucre un número tal de trabajadores que afecte el desarrollo normal de la faena.
- **Accidente del Trabajo Fatal:** (Art. 76, Ley Nº 16.744) aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente.

I. EN CASO DE ACCIDENTE DEL TRABAJO

A. Organización Administrativa:

El Prevencionista de Riesgos será el encargado de:

- Recibir la notificación del accidente de parte del funcionario.
- Gestionar la atención del Accidentado en un Centro de Salud de Mutual de Seguridad CChC.
- Efectuar la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT).
- Llevar el Registro de los Accidentes del Trabajo.

B. Procedimiento que deben seguir los funcionarios en caso de Accidente de Trabajo:

- Funcionario afectado deberá avisar inmediatamente a su Jefe Directo y al Prevencionista de Riesgos (Anexo 242, Celular: 9-79822401).
- Funcionario deberá dirigirse al centro de Mutual de Seguridad CChC más cercano (Agustinas #1365/ Alameda #4848) con su cedula de identidad y en caso de ser necesario será acompañado por un funcionario designado por el Jefe Directo.
- En caso de que el funcionario no pueda trasladarse por sus propios medios al centro de Mutual de Seguridad CChC más cercano, el Prevencionista de Riesgos deberá decidir cómo se realizará el traslado del accidentado, se podrá utilizar un vehículo del Servicio, ambulancia rescate Mutual de Seguridad CChC (Número 1407), silla de ruedas o locomoción colectiva.
- En caso de sufrir un accidente **fuera del lugar de trabajo** (en el trayecto directo desde o hacia su domicilio, o realizando actividades laborales fuera del lugar de trabajo, en la vía pública o en otra entidad), se distinguirán distintas situaciones en caso que el funcionario quede o no en condiciones de comunicarse:

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

- Si el funcionario está en condiciones de comunicarse **dentro del horario laboral**, deberá avisar inmediatamente a su Jefe Directo y al Prevencionista de Riesgos (N° 22-2509242, Celular: 9-79822401) para luego dirigirse al centro de Mutual de Seguridad CChC **más cercano**.
- Si el funcionario está en condiciones de comunicarse **fuera del horario laboral**, deberá avisar inmediatamente a su Jefe Directo y al Prevencionista de Riesgos (N° 22-2509242, Celular: 9-79822401) para luego dirigirse al centro de Mutual de Seguridad CChC **Abierto las 24 horas (Alameda #4848)**.
- Si el funcionario queda inconsciente o no puede comunicarse, sus familiares directos o los compañeros de trabajo que lo acompañen, al enterarse del accidente, deberán trasladarlo al centro de Mutual de Seguridad CChC más cercano o llamar a la **“Ambulancia de Rescate de Mutual de Seguridad” (Número: 1407)**.

C. Denuncia ante el Organismo Administrador del Seguro Laboral:

- El Prevencionista de Riesgos deberá efectuar la denuncia del accidente al organismo administrador (Mutual de Seguridad CChC), utilizando el formato de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) disponible en la plataforma, la denuncia deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo NO superior a 24 horas de conocido el accidente.

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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: _____ Comuna: _____ 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

Nombres - 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: Alacalufe Colla Quechua Otro - Cual? _____

Aymara Diaguita Rapanui Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Dias Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____ Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: _____ 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, area, 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 (Ley 16.744): Grave Fatal Otro Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto Si es accidente de Trayecto, responda: Demicilio - Trabajo Trabajo - Demicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro 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): Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Firma: _____

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

- El Prevencionista de Riesgos al momento de ser informado del accidente del trabajo o del trayecto, deberá informar al Comité Paritario de Higiene y Seguridad para que investiguen las causas del accidente.

D. Investigación del Accidente, Medidas Inmediatas y Correctivas:

- La comisión de investigación de accidentes y enfermedades del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS), deberá realizar la investigación de accidentes, dentro del plazo máximo de 72 horas, con el objetivo de adjuntar la mayor información posible como por ejemplo (fotografías, declaración de testigos, y todo documento que estimen conveniente) y así lograr tomar las medidas correctivas necesarias.
- El Prevencionista de Riesgos será el responsable de tomar las medidas inmediatamente ocurrido el accidente, lo que permitirá controlar los peligros presentes en el lugar en que ocurrió el accidente.
- La comisión de investigación de accidentes y enfermedades profesionales que pertenece al CPHS, será la responsable de implementar y verificar las medidas correctivas. Los plazos de ejecución de estas medidas serán de un máximo de 3 semanas.

E. Registro de los Accidentes del Trabajo:

- El Prevencionista de Riesgos deberá mantener el registro de todos los accidentes de trabajo, de los accidentes sin tiempo perdido o incidentes, de las causas determinadas en la investigación y de las acciones correctivas programadas y/o realizadas para evitar la repetición de siniestros de similares características.
- El registro de los accidentes permitirá establecer y mantener estadísticas de los accidentes ocurridos.
- Dicho registro debe estar a disposición del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS).

II. EN CASO DE ACCIDENTE DE TRAYECTO

Se deben seguir los mismos pasos señalados para el caso de un Accidente del Trabajo (pasos A, B, C, D y E).

El funcionario para acreditar la ocurrencia de un accidente en el trayecto directo, debe presentar un parte policial, una constancia de carabineros o cualquier otro medio de prueba, como la declaración de testigos, o el trayecto debidamente circunstanciado entre el trabajo y el domicilio, de acuerdo al horario del trabajador. Estos antecedentes se indican en la DIAT.

III. EN CASO DE PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL

A. Organización Administrativa:

El Prevencionista de Riesgos será el encargado de:

- Recibir la notificación de la presunta enfermedad profesional de parte del funcionario.
- Gestionar la atención del funcionario en un Centro de Salud de Mutual de Seguridad CChC.
- Efectuar la Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP).
- Llevar el Registro de las Enfermedades Profesionales.


Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

B. Procedimiento que deben seguir los funcionarios en caso de presunta enfermedad profesional:

- Funcionario deberá dar aviso a su Jefe directo y al Prevencionista de Riesgos, entregando todos los antecedentes de la dolencia presentada.
- Funcionario deberá asistir a la agencia de Mutual de Seguridad (Alameda #4848, Estación Central).
- Medicina del trabajo de Mutual de Seguridad CChC, evaluará si la patología es de origen laboral (causada directamente por el trabajo que usted desempeña) o de origen común.
- Si se determina que la enfermedad es de **origen laboral**, Mutual de Seguridad CChC incorporará al funcionario a sus **programas de vigilancia epidemiológica**.
- Si se determina que la enfermedad es de **origen común**, el funcionario será citado por Mutual de Seguridad CChC para ser notificado que debe continuar su tratamiento en su régimen previsional de salud común (**FONASA o ISAPRE**).

C. Denuncia ante el Organismo Administrador del Seguro Laboral:

- El Prevencionista de Riesgos deberá efectuar la denuncia de la presunta enfermedad al organismo administrador (Mutual de Seguridad CChC), utilizando el formato de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) disponible en la plataforma, la denuncia deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo NO superior a 24 horas de conocido la presunta enfermedad.



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: _____ Hombres: _____ Mujeres: _____ Pública Privada

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

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

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

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - 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: Aconcagua Colla Quechua Otro - Cuál? _____

Atacameño Diaguita Raparui Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Ampliación en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

C. Datos de la Enfermedad

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

Días Meses Años

¿Hizo cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? _____

¿Hacia cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

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: _____

¿Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿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? _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - 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

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

D. Investigación de la Enfermedad, Medidas Inmediatas y Correctivas:

- Si Medicina del Trabajo de Mutual de Seguridad CChC determina que la patología es de **origen laboral**, la comisión de investigación de accidentes y enfermedades profesionales del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS), deberá realizar la investigación de la enfermedad profesional, dentro del plazo máximo de 72 horas, con el objetivo de adjuntar la mayor información posible como por ejemplo (fotografías, declaración de testigos, y todo documento que estimen conveniente) y así lograr tomar las medidas correctivas necesarias.
- El Prevencionista de Riesgos será el responsable de tomar las medidas inmediatamente notificado de la enfermedad profesional por Medicina del Trabajo de Mutual de Seguridad CChC, lo que permitirá controlar los peligros presentes en el lugar en que ocurrió la enfermedad.
- La comisión de investigación de accidentes y enfermedades profesionales que pertenece al CPHS, será la responsable de implementar y verificar las medidas correctivas. Los plazos de ejecución de estas medidas serán de un máximo de 3 semanas.

E. Registro de las Enfermedades Profesionales:

- El Prevencionista de Riesgos deberá mantener el registro de todas las enfermedades profesionales, de las causas determinadas en la investigación y de las acciones correctivas programadas y/o realizadas para evitar más enfermedades en el centro de trabajo.
- El registro de las enfermedades permitirá establecer y mantener estadísticas de las enfermedades profesionales ocurridas.
- Dicho registro debe estar a disposición del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS).

IV. EN CASO DE ACCIDENTE GRAVE O FATAL

A. Organización Administrativa:

El Prevencionista de Riesgos será el encargado de:

- Recibir la notificación por parte del funcionario afectado o del que presencie dicho accidente.
- Informar de inmediato a los respectivos organismos fiscalizadores.
- Efectuar la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT).
- Llevar el Registro de los Accidentes del Trabajo.

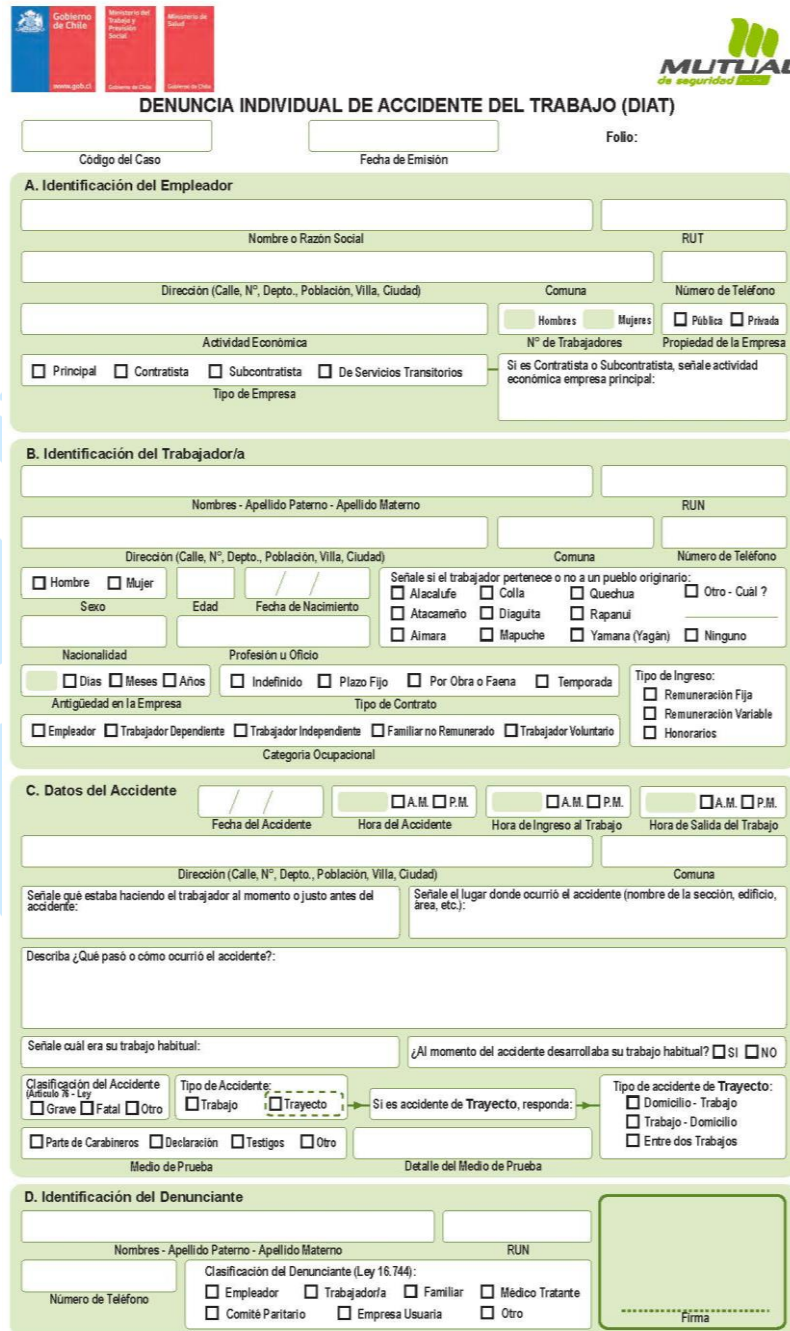
B. Procedimiento que deben seguir los funcionarios en caso de Accidente del Trabajo Grave o Fatal:

- El funcionario afectado por un accidente grave o fatal y/o el que lo presencie deberá informar inmediatamente al Prevencionista de Riesgos, quien deberá suspender de forma inmediata el acceso al área, la faena o funcionamiento de la maquinaria involucrada (evacuar al personal si es necesario).
- Sólo personal entrenado y equipado puede ingresar al lugar afectado para enfrentar y/o controlar los riesgos.
- El Prevencionista de Riesgos informará de inmediato a los respectivos organismos fiscalizadores: **Inspección del trabajo** y **SEREMI de Salud** (Secretaría Regional Ministerial de Salud), por teléfono (Fono directo: **6004200022** / Salud responde: 6003607777), entregando los datos de la institución, dirección donde ocurrió el accidente, especificar si es grave o fatal y descripción de lo ocurrido entre otros.

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

C. Denuncia ante el Organismo Administrador del Seguro Laboral:

- El Previsionista de Riesgos deberá efectuar la denuncia del accidente al organismo administrador (Mutual de Seguridad CChC), utilizando el formato de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) disponible en la plataforma, la denuncia deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo NO superior a 24 horas de conocido el accidente.



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

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: [] Hombres: [] Mujeres: [] Pública: [] Privada: []

N° de Trabajadores: [] Propiedad de la Empresa: []

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa: [] Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: []

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - 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:

Alacalufe Colla Quechua Otro - ¿Cuál? []

Atacameño Diaguita Rapanui

Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: [] Profesión u Oficio: []

Dias Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Artigüedad en la Empresa: [] Tipo de Contrato: [] Tipo de Ingreso: []

Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: [] Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: [] 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 78 - Ley 16.744): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

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 Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Firma: []

- El Previsionista de Riesgos al momento de ser informado del accidente del trabajo grave o fatal, deberá informar al Comité Paritario de Higiene y Seguridad para que investiguen las causas del accidente.

Elaborado por: Encargado de Prevención de Riesgos	Fecha de creación: Diciembre 2014
Revisado y aprobado por: Jefatura División Administración y Finanzas	Fecha de última modificación: julio 2022

D. Investigación del Accidente, Medidas Inmediatas y Correctivas:

- La comisión de investigación de accidentes y enfermedades del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS), deberá realizar la investigación de accidentes, dentro del plazo máximo de 72 horas, con el objetivo de adjuntar la mayor información posible como por ejemplo (fotografías, declaración de testigos, y todo documento que estimen conveniente) y así lograr tomar las medidas correctivas necesarias.
- El Prevencionista de Riesgos será el responsable de tomar las medidas inmediatamente ocurrido el accidente, lo que permitirá controlar los peligros presentes en el lugar en que ocurrió el accidente.
- La comisión de investigación de accidentes y enfermedades profesionales que pertenece al CPHS, será la responsable de implementar y verificar las medidas correctivas. Los plazos de ejecución de estas medidas serán de un máximo de 3 semanas.

E. Registro de los Accidentes del Trabajo Grave o Fatal:

- El Prevencionista de Riesgos deberá mantener el registro de todos los accidentes de trabajos graves y fatales, de las causas determinadas en la investigación y de las acciones correctivas programadas y/o realizadas para evitar la repetición de siniestros de similares características.
- El registro de los accidentes permitirá establecer y mantener estadísticas de los accidentes graves o fatales ocurridos.
- Dicho registro debe estar a disposición del Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS).

RECLAMACIONES Y PLAZOS

- ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador no es atendido?

Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)

- ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador es dado de alta prematuramente, es decir, antes de que esté recuperado, y el organismo administrador rehúsa seguir atendándolo?

Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)

- ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador o el empleador no están de acuerdo con la calificación de origen (común o laboral) de un accidente efectuado por el organismo administrador?

Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), con un plazo de 90 días hábiles para interponer el reclamo.

- ¿Ante quién se puede reclamar cuando el trabajador o el empleador no están de acuerdo con el grado de incapacidad permanente dictaminado?

En primera instancia a la Comisión Médica de Reclamos (COMERE), dentro de un plazo de 90 días hábiles. Si la respuesta entregada no es satisfactoria, existe una segunda instancia en la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), con un plazo de 30 días hábiles para ingresar la apelación.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres ha sido una preocupación en la elaboración del presente documento. Sin embargo, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en castellano "o/a" para marcar la existencia de ambos sexos, se ha optado por utilizar -en la mayor parte de los casos- el masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos.