



Investigación y Notificación de Accidentes Laborales Fatales

Circular SUSESO: Circ. N° 2611 de 12/02/2010

**Procedimiento Investigación y Notificación
Accidentes Fatales**

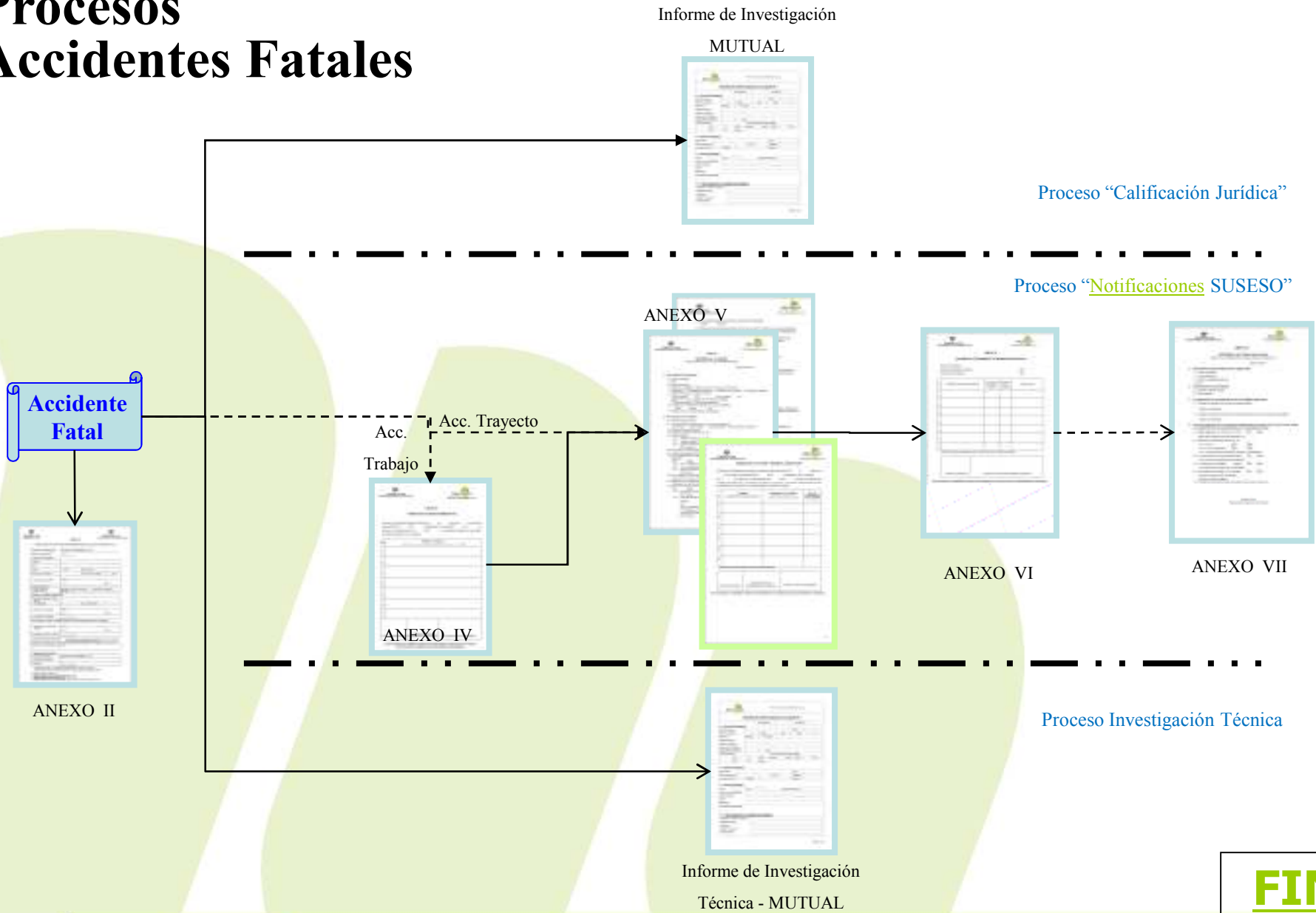
Vigencia: Desde 01 de marzo de 2010

Gerencia Administración de Cobertura y Prestaciones

Rodrigo Rodríguez Fernández

Septiembre 2010

Procesos Accidentes Fatales



FIN

ANEXO II

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PROVISORIA INMEDIATA DE ACCIDENTE LABORAL FATAL

Organismo Administrador: MUTUAL DE SEGURIDAD C.C.H.C.

Fecha de la Notificación: _____

I. Datos del Accidentado

1. Nombre:			
2. Rut:	-		
3. Edad:	años	4. Sexo (F/M):	
5. Fecha del Accidente:		6. Hora del Accidente:	horas
7. Dirección del Accidente:	Calle N° Comuna Región		
8. Fecha Defunción:			
9. Lugar Defunción: (Marque con una X)	<input type="checkbox"/> Mismo lugar del accidente <input type="checkbox"/> Centro Asistencial <input type="checkbox"/> Otro: _____		

II. Datos de la Entidad Empleadora

10. Nombre Empresa o Razón Social:			
11. Rut Empresa:	-	12. N° Adhrentes:	
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 Detalle a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, el momento del accidente, tipo de lesión, etc.

De acuerdo con los datos preliminares obtenidos, sujetos a confirmación con la respectiva investigación, se describen los hechos relativos al accidente:

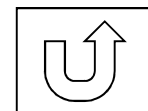
IV. Institución que Notifica

17. Nombre Institución:	MUTUAL DE SEGURIDAD C.C.H.C.
18. Persona que Notifica:	
19. Teléfono:	Código Área Número

El Formulario debe ser remitido inmediatamente de conocido el evento.
El plazo máximo para la notificación es de 12 horas desde conocido el evento.

SECCIÓN I. DATOS DEL ACCIDENTADO
- Nombre del trabajador, número de identificación, estado civil y nacionalidad.
- Fecha del accidente, hora y hora en que ocurrió, día de la semana y hora.
SECCIÓN II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA
- Nombre y Razón Social, sector y tamaño, actividad principal, industria y Razón Social de empresa.

Formulario de Notificación Provisoria Inmediata de Accidente Laboral Fatal (Anexo II)



Documentos / Procedimiento

Informe Investigación de Accidente Calificación Jurídica


 MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C.	
INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES	
Fecha Informe	Ref. Sol. Inv.
1. Datos del Accidentado	
Nombre completo:	RUT: -
Fecha de nacimiento:	Edad: años Sexo (M / F):
Estado Civil	Casado(a) / Soltero(a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Nº Cargas:
Dirección particular	Comuna:
Cargo en la Empresa:	
Faena o Lugar de trabajo:	Comuna:
Antigüedad en la Empresa:	(Años / Meses / Días)
Horario de trabajo:	Horario de trabajo día del accidente:
de a horas	Ingreso horas Salida horas
de a horas	
2. Datos de la Empresa	
Razón Social:	RUT: -
Nombre de fantasía:	Nº Adh. Teléfono: -
Actividad Económica	Dirección Ciudad
3. Datos del Accidente	
Fecha:	Hora: hrs. Fecha ingreso a Mutual:
Lugar preciso del accidente:	Comuna:
Tipo de accidente:	
Lesión:	
Diagnóstico:	
<u>Circunstancias del Accidente:</u>	



Página 1 de 1

Plazo: 10 días hábiles.

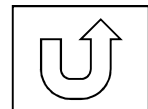
Informe Investigación de Accidente Calificación Jurídica

 MUTUAL DE SEGURIDAD C.C.C.C.	
INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES	
3.1 Datos adicionales en accidentes en el trayecto:	
Identificación medio de transporte:	
Propietario vehículo:	
Orientación:	
Trayecto o recorrido:	
Horario trayecto:	Entre las y las hrs.
4. Observaciones del Experto que investigó:	
5. Opinión del Experto que investigó, respecto de la calificación del accidente:	
6. Documentación que se adjunta:	
Solicitud de Investigación y documentación anexa	
Copia Contrato de Trabajo	
Copia DIAT emitida por la empresa	
Declaración firmada del Lesionado	
Declaración firmada del Jefe Directo	
Declaración firmada de Testigos	
Adicional	Acc. en el Trayecto Acc. Con consecuencia de muerte
Croquis	
Certificado Centro primera atención	
Parte de Carabineros	
Acta de sesión Comité Paritario	
Certificado de defunción	
Nombre y Firma Experto en PRP	Nombre y Firma revisión Jefe PRP



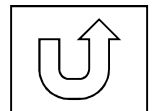
Página 1 de 1

Principales
documentos
requeridos



Informe técnico

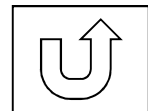
- Tarea que realizaba el trabajador y circunstancias del accidente.
- Causas básicas.
- Causas inmediatas.
- Medidas correctivas/preventivas instruidas.



Informe Investigación de Accidente

Calificación Jurídica

Informe Investig Accidente
Certificado Defunción
DIAT
Contrato de Trabajo
Declaraciones
Copia Registro Control Asistencia
Parte de Carabineros
Certificado Horario
Croquis
Certificado Primera atención
Informe de autopsia
Informe Toxicológico
Informe Histopatológico
Copia expediente completo Fiscalía



Formulario Medidas Inmediatas

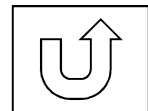
(Anexo IV)

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.

Nº	Medida(s) Inmediata(s): (Señale sólo una de las medidas inmediatas en cada fila) – Circular 2611	
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.



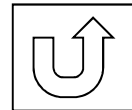
Procedimiento

“Resumen”

1. Notificar a la Inspección del trabajo y SEREMI de Salud (Circ. 2345) y “enviar” DIAT a Mutual (Ley 16.744 – Art. 76).
2. Mutual debe indicar medidas inmediatas (Anexo IV) e iniciar investigaciones técnica y “jurídica”.
3. A más tardar a 30 días del hecho, Mutual debe enviar a la Superintendencia el “Informe del Accidente” y “Formulario de Causas y Medidas Correctivas” (Anexo V). Además el Anexo IV y el Informe técnico de la investigación del accidente.
4. El “Formulario de Causas y Medidas Correctivas”, deberá firmarse por el representante legal de la empresa y por el Experto Mutual. Si hay inconvenientes en que firme el primero, se deberá remitir el documento vía correo certificado.

“Resumen”

5. Al cumplirse el ultimo de los plazos instruidos en el Anexo V, se debe verificar el cumplimiento e informar a la Superintendencia mediante el “Informe de Cumplimiento de Medidas Prescritas”.
6. Si una empresa no implementa las medidas indicadas, injustificadamente, se deberá enviar el “Informe de Acciones Adoptadas”.



ANEXO V

INFORME DEL ACCIDENTE

(Incluye Formulario de Causas y Medidas Preventivas)

Fecha del Informe:

1. Antecedentes del Trabajador

- 1.1. Nombre completo: _____
1.2. RUT: _____
1.3. Fecha Nacimiento: _____
1.4. Categoría Ocupacional: (Marque con una cruz lo que corresponda)
 Empleador Trabajador Dependiente Familiar no remunerado Trabajador visitante
1.5. Horario de Trabajo: (Promedio 24 horas)
Hora de ingreso: hrs. Hora de salida: hrs.
Marque con una X, si cumple, 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 (CIEJ, CLJ): _____
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. Procedimiento 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

“Informe del Accidente” y “Formulario de Causas y Medidas Correctivas” (Anexo V)

- 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°762006.
 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, registro 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 : hrs. (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.


GOBIERNO DE CHILE
 SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL


MUTUAL
 de seguridad CCBC
 MUTUAL DE SEGURIDAD S.A.

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>(Definir las causas que provocaron el accidente. (Escriba 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>(JJ-JJ-AAAA)</small>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

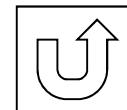
Agregue las filas necesarias según el número de causas identificadas.

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.

11

“Informe del Accidente” y “Formulario de Causas y Medidas Correctivas” (Anexo V)



ANEXO VI

INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PRESCRITAS

Fecha del accidente:

Nombre del trabajador lesionado:

Nombre de la Empresa:

RUT: -

RUT: -

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

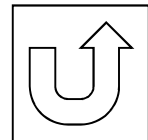
(* Indique los motivos para ampliar el plazo y el nuevo plazo en la columna Observaciones)

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.

“Informe de Cumplimiento de Medidas Prescritas”

(Anexo VI)



ANEXO VII

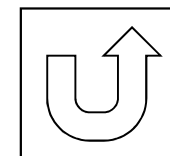
INFORME DE ACCIONES ADOPTADAS
(FRENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PRESCRITAS)

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 lo 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: UF -
 - 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

“Informe de Acciones Adoptadas” (ANEXO VII)





Investigación y Notificación de Accidentes Laborales Fatales

Circular SUSESO: Circ. N° 2611 de 12/02/2010

**Procedimiento Investigación y Notificación
Accidentes Fatales**

Vigencia: Desde 01 de marzo de 2010