



**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGIÓN DE TARAPACÁ**  
**SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**  
**SUBDIRECCIÓN G. Y D. P./**  
 Kdr N° I. 05 / 07/10/2025

## RESOLUCIÓN EXENTA N°

**IQUIQUE,**

**VISTOS:** Los Antecedentes, lo dispuesto en la Ley N° 16.744 reglamento sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Decreto Supremo N° 44 aprueba nuevo reglamento sobre gestión preventiva de los riesgos laborales para un entorno de trabajo seguro y saludable, Decreto con Fuerza de Ley N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Decreto Afecto N° 56, de 29 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud.

**Considerando,**

**Que,** en Ley N° 16.744 esta establecido que se declara obligatorio el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en la forma y condiciones establecidas en dicha ley.

**Que,** La entidad empleadora deberá denunciar al organismo administrador respectivo, inmediatamente de producido, todo accidente o enfermedad que pueda ocasionar incapacidad para el trabajo o la muerte de la víctima. El accidentado o enfermo, o sus derecho-habientes, o el médico que trató o diagnosticó la lesión o enfermedad, como igualmente el Comité Paritario de Seguridad, tendrán también, la obligación de denunciar el hecho en dicho organismo administrador, en el caso de que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia.

**RESUELVO:**

**1)** Póngase termino a contar de la fecha de la presente resolución, a la Resolución Exenta N° 00.383 del 29 de enero de 2025, que aprueba Protocolo de Acción de Accidentes de Trabajo/Trayecto y/o Enfermedades Profesionales del Servicio de Salud de Tarapacá.

**2) Apruébese Protocolo de Acción de Accidentes de Trabajo/Trayecto y/o Enfermedades Profesionales de la Dirección del Servicio de Salud Tarapacá, Región de Tarapacá,** con vigencia a contar de la fecha de la presente Resolución.

**ANÓTESE, REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.**



Firmado por:  
 María Paz de Jesús Iturriaga  
 Lisbona  
 Directora  
 Fecha: 13-10-2025 12:53 CLT  
 Servicio de Salud Tarapacá

[direccion.ssi@redsalud.gob.cl](mailto:direccion.ssi@redsalud.gob.cl)  
[jose.quinteros@redsalud.gob.cl](mailto:jose.quinteros@redsalud.gob.cl)  
[carlos.calvo@redsalud.gob.cl](mailto:carlos.calvo@redsalud.gob.cl)  
[maribel.arapio@redsalud.gob.cl](mailto:maribel.arapio@redsalud.gob.cl)  
[valentina.ortega@redsalud.gob.cl](mailto:valentina.ortega@redsalud.gob.cl)  
[karen.diazr@redsalud.gov.cl](mailto:karen.diazr@redsalud.gov.cl)  
[andrea.hidalgo.a@redsalud.gob.cl](mailto:andrea.hidalgo.a@redsalud.gob.cl)  
[natalia.ovarce.t@redsalud.gob.cl](mailto:natalia.ovarce.t@redsalud.gob.cl)  
[ruben.silvah@redsalud.gob.cl](mailto:ruben.silvah@redsalud.gob.cl)

MIAS(S)





Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/I8OJ14-976>




# PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES


## SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ

**2025**

Actualizado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Rubén Silva Herrera</p> <p>Profesional</p> <p>Unidad de Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental</p>  <p>Servicio de Salud Tarapacá</p>	<p>Karen Díaz Ramirez</p> <p>Jefa(s)</p> <p>Dpto. Seguridad, Salud Ocupacional y Gestión Ambiental</p>  <p>Servicio de Salud Tarapacá</p>	<p>Maribel Arapio Sandoval</p> <p>Subdirectora(s)</p> <p>Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas</p>  <p>Servicio de Salud Tarapacá</p>	<p>María Paz Iturriaga Lisbona</p> <p>Directora</p>  <p>Servicio de Salud Tarapacá</p>
<p><b>Fecha:</b> Octubre 2025</p>	<p><b>Fecha:</b> Octubre 2025</p>	<p><b>Fecha:</b> Octubre 2025</p>	<p><b>Fecha:</b> Octubre 2025</p>

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 1 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

<b>Nº</b>	<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
1.	Introducción.....	2
2.	Propósito.....	2
3.	Objetivos.....	2
4.	Alcance.....	2
5.	Responsables.....	3
6.	Definiciones.....	4
7.	Procedimiento y/o Desarrollo.....	6
8.	Indicador.....	12
9.	Flujo grama.....	13
10	Bibliografía.....	16
11	Anexos.....	17

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 2 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## 1. INTRODUCCIÓN.

El presente protocolo establece el procedimiento a seguir en caso de denuncias por accidente de trabajo, de trayecto o una enfermedad profesional. En él se detallan:

Las acciones inmediatas que deben tomarse,  
A quién se debe recurrir,  
Los plazos establecidos para informar el evento,  
Los medios de comunicación a utilizar según la hora en que ocurra,  
El lugar al que debe dirigirse el trabajador para recibir atención médica,  
Y la documentación que se debe presentar, entre otros aspectos relevantes.

## 2. PROPÓSITO.

Establecer un procedimiento organizado y coordinado que permita gestionar en forma rápida y efectiva la atención del funcionario(a), ante la ocurrencia de un accidente laboral, trayecto y/o enfermedad profesional.

## 3. OBJETIVOS.

### A. GENERAL.

Indicar las acciones que deben seguir los funcionarios(as) de la Dirección del Servicio de Salud Tarapacá (ahora en adelante DSST), en caso que se produzca un Accidente de Trabajo, Trayecto y/o una denuncia por presunta Enfermedad Profesional.

### B. ESPECÍFICOS.


- ✓ Centralizar toda la información referente a los Accidentes del trabajo, trayecto y Enfermedades Profesionales en el Dpto. de Seguridad, Salud Ocupacional y Gestión Ambiental DSST (De ahora en adelante Depto. SSOGA)
- ✓ Lograr una óptima comunicación con nuestro Organismo Administrador (OAL).
- ✓ Gestionar una atención médica oportuna y de calidad a cada funcionario(a) que lo requiera, conforme la cobertura del seguro social.
- ✓ Realizar el seguimiento a todos los funcionarios/as afectados/as, ya sea por un Accidente Laboral, trayecto y/o Enfermedad Profesional hasta su recuperación.

## 4. ALCANCE.

El presente procedimiento es aplicable a todos los funcionarios(as) de Planta, Contrata y Suplentes, que son parte de la DSST.

### Consideraciones

En caso de accidente del trabajo o de trayecto, ocurrido en alguna zona rural, se aplicará el mismo procedimiento indicado en este protocolo. Si es necesario atención médica de urgencia el funcionario(a) debe dirigirse al centro médico más cercano. Luego regularizar su atención en el Depto. SSOGA DSST (en anexo 8 se indican teléfonos de contacto)

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 3 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

Respecto a funcionarios(as) con contrato a honorarios, se sugiere corroborar su adherencia en <https://www.asociaciondemutuales.cl/buscador-mutualidades/> y en caso de no contar con seguro, se debe realizar trámite para contratar su seguro de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales (Ley N°16.744) con el organismo administrador de preferencia. En caso de dudas, puede solicitar asesoría al Depto. de Seguridad, Salud Ocupacional y Gestión Ambiental SST.

## 5. DEFINICIONES

**Accidente de Trayecto:** los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente dice relación con el lugar de trabajo al que se dirigía el funcionario(a) al ocurrir el siniestro.

**Accidente del Trabajo:** Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. (Art. 5 Ley 16.744/68)

**Nota:** *Exceptúense los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima. La prueba de las excepciones corresponderá al organismo administrador.*

**Accidente Grave o Fatal:** Definición detallada de las causales de accidentes fatales y graves de acuerdo a lo indicado en “Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ley 16.744, Libro IV Prestaciones Preventivas, Título I. Obligaciones de las entidades empleadoras, según Resolución Exenta N° 156 de 05 de marzo de 2018” (Detallado en Anexo 6 del presente protocolo)


**Alta laboral:** proceso o el certificado médico que indica que un trabajador, tras un periodo de baja por enfermedad o accidente, se encuentra apto para reincorporarse a sus funciones habituales o a tareas compatibles con su estado de salud.

**Alta médica:** certificado oficial del médico tratante que acredita que un paciente ha finalizado un tratamiento médico o quirúrgico y se considera recuperado, pudiendo reincorporarse a sus actividades habituales

**Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHyS)** : organismo técnico bipartito obligatorio en empresas con más de 25 trabajadores, integrado por igual número de representantes del empleador y de los trabajadores. Su objetivo principal es promover la prevención de riesgos profesionales, investigando accidentes y enfermedades laborales, asesorando sobre medidas de seguridad y controlando su cumplimiento para crear un ambiente de trabajo más seguro y saludable.

**Horario Hábil:** Lunes a viernes de 08.00 a 17.30 horas, con excepción de día feriado legal.

**Horario Inhábil:** Festivos y fin de semanas.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 4 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**Enfermedad Profesional** : la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. (Art. 7 Ley 16.744/68)

**Formulario DIAT:** Formulario de Denuncia Individual de Accidente de Trabajo.

**Formulario DIEP:** Formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.

**Horario de Oficina:** lunes a viernes de 08:00 a 17:20 horas

**Informe de accidente de trabajo:** Documento que se requiere en el proceso administrativo para formalizar el accidente de trabajo/Trayecto que debe ser emitido por la Jefatura Directa.

**Jefe Directo** : Persona a cargo del trabajo que se desarrolla, tales como Directores, Subdirectores, Jefe de Departamento, Jefe de Unidad, Supervisores, Jefe de Turno y otros.

**Jornada habitual:** Es aquella jornada que el trabajador realizaba normalmente antes del inicio de la incapacidad laboral temporal.

**Licencia Médica:** documento que acredita que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, y por el que se prescribe reposo total o parcial, por un lapso de tiempo determinado.

**Organismo Administrador de la Ley (OAL):** Entidades encargadas de administrar el Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, quienes pueden ser:


- ISL : Instituto de Seguridad Laboral.
- Mutua CCHC : Mutua de Seguridad de La Cámara Chilena de la Construcción.
- ACHS : Asociación Chilena De Seguridad.
- IST : Instituto de Seguridad del Trabajador.

**Reposo Laboral:** se entiende como reposo, el período de descanso laboral que determine el médico a un trabajador que sufre alguna patología laboral con el fin de recuperar su estado de salud.

**Trabajador del DSST:** Todo funcionario(a) de la Dirección del SST.

**Trayecto habitual:** Es el recorrido que un funcionario realiza todos los días entre su lugar habitación y su trabajo y viceversa.

**Zona Rural:** Se entenderá por zona rural las áreas ubicadas en comunas de Pozo Almonte, Pica, Huará, Colchane y Camiña.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 5 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## 6. RESPONSABILIDADES.

### DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ.


- Disponer los recursos necesarios para la aplicación del presente Protocolo.

### SUBDIRECTORES, JEFES DE DEPARTAMENTO, JEFES DE UNIDAD, SUPERVISORAS, JEFES DE TURNO.

- Difundir y socializar este Protocolo a todos los funcionarios(as) a su cargo.
- En caso de accidente de trabajo o trayecto, activar inmediatamente el presente protocolo para atención oportuna del funcionario(a) afectado.
- Derivar al funcionario(a) accidentado a atención médica organismo administrador (Riquelme N°764), inmediatamente después de tomar conocimiento del accidente ocurrido.
- Realizar “Informe Interno de Accidente del Trabajo” se adjunta formato, el cual debe ser enviado al Depto SSOGA.
- Realizar seguimiento del estado de salud del funcionario accidentado.
- En caso de enfermedad profesional derivar al funcionario(a) a la Unidad Salud Ocupacional de la DSST para la asesoría pertinente, registro del caso y derivación a organismo administrador.
- Entregar los antecedentes necesarios, es caso que se requiera una Evaluación del Puesto de Trabajo (EPT) por parte del OAL.
- Participar en reuniones y mesas de trabajos necesarias para la gestión del Programa de Implementación de Medidas indicadas por OAL.
- Apoyar y realizar las medidas correctivas prescritas a través de la Resolución de Calificación (RECA) Laboral emitida por OAL.

### DEPTO SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y G. AMBIENTAL DSST

- Asesorar a la Institución en materia de Ley N° 16.744.
- Apoyar al funcionario(a) afectado(a), en caso de ser necesario, con la gestión de la atención médica en organismo administrador.
- Obtener los antecedentes del funcionario(a) accidentado; registros de atención médica, y toda información relevante, para la gestión administrativa (DIAT digital), para la obtención de la cobertura del seguro de accidentes laborales, trayecto y/o enfermedades profesionales.
- Mantener un registro de los accidentes del trabajo y/o enfermedades profesionales que se produzcan.
- Realizar seguimiento tanto de la atención médica, alta médica, alta laboral y RECA (Resolución de Calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) del funcionario(a) afectado(a).
- En caso de Enfermedad Profesional asesorar y recopilar los antecedentes necesarios para la eventual derivación a organismo administrador del funcionario(a) afectado(a).

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 6 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

#### **FUNCIONARIO(A):**

- Informar Inmediatamente la ocurrencia del accidente laboral a la Jefatura Directa o a quién lo Subrogue, además, debe hacerlo a la Unidad de Prevención de Riesgos de DSST.
- Colaborar en la investigación del accidente, entregando los antecedentes y declaraciones necesarias al CPHS.
- Entregar los antecedentes a la Unidad de Prevención de Riesgos DSST, para la gestión administrativa de la cobertura del seguro de accidentes laborales, trayecto y enfermedades profesionales.
- En caso de presunta enfermedad profesional, informar oportunamente los signos o síntomas que presenta a su jefatura directa, a la Unidad de Prevención de Riesgos y/o Salud Ocupacional de la DSST.

#### **COMITÉ PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD (CPHyS):**

- Realizar la Investigación de cada accidente laboral denunciado, remitiendo el correspondiente informe a la Unidad de Prevención de Riesgos DSST antes del 5to día hábil de ocurrido el accidente.
- Hacer seguimiento de las medidas correctivas que se establezcan en las investigaciones de accidentes.


### **7. MODO OPERATIVO**

#### **7.1 GENERALIDADES EN CASO DE ACCIDENTE DEL TRABAJO**

- a) Conforme lo establecido en el Reglamento Interno de Higiene y Seguridad del SST y la Ley N° 16.744, todo funcionario(a) que sufra un Accidente de Trabajo o de Trayecto, debe comunicar los hechos **inmediatamente** a su Jefatura Directa o a quién lo subrogue. En caso de no poder realizarlo el accidentado, lo puede hacer un integrante del Comité Paritario o cualquier persona que tome conocimiento del hecho. Aquellas áreas que trabajen en sistema de turno, deben dar aviso de **inmediato** al Jefe o Supervisor a cargo.

La Jefatura una vez conocidos los hechos, debe informar inmediatamente vía correo electrónico o vía teléfono al Departamento SSOGA de la DSST. Por su parte el funcionario(a) accidentado(a) debe dirigirse a atención médica de organismo administrador (Riquelme N° 764).

- b) Posteriormente se debe remitir a la Unidad de Prevención de Riesgos DSST los siguientes documentos dentro de las 24 horas siguientes desde conocidos los hechos:
- Informe Interno de Accidente del Trabajo” (Anexo 01), con toda la información solicitada.
- c) En caso de producirse el Accidente de Trabajo o de trayecto fuera del horario hábil, los funcionarios(as) deben atenderse en Urgencia de Organismo Administrador (Riquelme N° 764), señalando en su ingreso que es un Accidente de Trabajo o de

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 7 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

Trayecto y que es funcionario del Servicio de Salud Tarapacá, y posteriormente dar aviso dentro de las primeras horas hábiles conforme lo establecido en la letra a.

- En caso de que el funcionario deba llenar formulario DIAT (Declaración Individual de Accidente del Trabajo) en prestador médico, los datos a ingresar son:

- Empleador : Servicio de Salud Tarapacá.
- Rut empleador : 61.606.100-3.
- Dirección empleador : Aníbal Pinto N° 815
- Comuna : Iquique
- Número telefónico : 57-2406991
- Actividad económica : Servicio
- Propiedad empresa : Pública
- Tipo empresa : Principal

d) En caso de accidente de trayecto, el organismo administrador, solicitará los siguientes antecedentes que son parte del proceso de declaración de accidente:

- Certificado de Horario (obligatorio)
- DIAT Empleador (obligatorio)
- Liquidación de sueldo (obligatorio)
- Registro de asistencia (obligatorio)
- Parte policial (No obligatorio)


e) Posterior a la atención de urgencia del funcionario accidentado, debe formalizar la denuncia en el Departamento SSOGA de la DSST.

f) En caso que se le otorgue licencia médica y/o reposo laboral, dicho documento debe ser entregado por el funcionario(a) accidentado o algún representante, a la secretaria de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del SST ubicado en dependencias de Obispo Labbé N° 1048, quien verifica que la licencia sea acompañada con la correspondiente DIAT.

g) Si la licencia no es acompañada con la correspondiente DIAT, el funcionario(a) será derivado al Departamento SSOGA DSST para realizar la correspondiente Denuncia del Accidente del Trabajo o Trayecto.

h) En caso que el funcionario(a) requiera una segunda atención médica, ya sea para control o tratamiento, debe estar formalizada la denuncia ante el organismo administrador conforme lo señalado en la letra d).

i) Solo el organismo administrador podrá autorizar la reincorporación al trabajo del funcionario accidentado, una vez que se le otorgue el alta laboral con el respectivo certificado de alta laboral.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 8 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## 7.2 GENERALIDADES EN CASO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO POR CORTO-PUNZANTES

- a) En caso que un funcionario(a) sufra un accidente por vía parenteral es indispensable **dar aviso de inmediato** a la jefatura directa o quien lo subrogue.
- b) La jefatura del funcionario(a) afectado debe emitir el Informe de Accidente de Trabajo para enviarlo vía correo electrónico al Depto. SSOGA DSST y derivar al funcionario afectado a atención médica del Organismo Administrador (Riquelme N° 764).
- c) En caso que el accidente fuese en horario inhábil, solicitar atención médica inmediata y realizar la denuncia del accidente en el próximo horario hábil.
- d) El Depto. SSOGA formaliza la denuncia ante el OAL.

**Nota:** En caso de accidente del trabajo por Corto-Punzantes consultar: Protocolo de acción en caso de accidente cortopunzante y “Protocolo para el manejo de las exposiciones ocupacionales a fluidos de alto riesgo de los trabajadores sanitarios de la red asistencial”.

## 7.3 GENERALIDADES EN CASO DE ACCIDENTE DEL TRABAJO GRAVE O FATAL

Dada la ocurrencia de un accidente grave o fatal debe actuar conforme el siguiente procedimiento:

- a) El Jefe del área afectada o quien lo subrogue debe suspender **inmediatamente** la faena afectada o la actividad y de ser necesario debe evacuar las instalaciones para resguardar la integridad de los demás trabajadores.


**Nota:** si la faena afectada es área clínica, el médico de turno o a cargo de la unidad podrá aplicar a su criterio si es factible suspender las actividades por la naturaleza de ésta.

- b) El Jefe de la Unidad o quien lo subrogue debe informar **inmediatamente** ocurrido los hechos al Depto. De Salud Ocupacional de la DSST, quienes deberán notificar a la Unidad de Salud Ocupacional de la SEREMI e inspección del trabajo al número telefónico 600 420 0022.

En caso de no tener respuesta en teléfono indicado anteriormente, se deberá notificar a la respectiva Inspección del Trabajo y a la SEREMI de Salud, por vía telefónica, correo electrónico o personalmente.

La SEREMI solicitará a lo menos la siguiente información:

- Datos de la empresa
- Datos del Accidentado
- Dirección de ocurrencia del accidente
- El tipo de accidente (fatal o grave) (según definiciones Anexo 6).
- Descripción de lo ocurrido.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 9 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**Nota:** No se deben informar accidentados graves y accidentes fatales en un mismo formulario.

c) El Departamento de SSOGA DSST formaliza La Denuncia del Accidente del Trabajo grave o fatal ante el Organismo Administrador vía Ordinario.

d) La reanudación de la faena afectada o las actividades sólo podrán efectuarse cuando haya, previa fiscalización de la SEREMI de Salud o la Inspección del Trabajo, verificado que se han subsanado las deficiencias constatadas.

f) El Departamento SSOGA del DSST, debe elaborar y enviar a Salud Ocupacional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, el “Informe de Acciones Extraordinarias” (Anexo 7) y de “Seguimiento” (Anexo 8) del cumplimiento de las medidas preventivas y correctivas inmediatas, y fundamentalmente de la condición de él o los funcionarios afectados (si corresponde).

#### 7.4 GENERALIDADES EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

a) Si un funcionario(a) manifiesta que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen laboral, debe acercarse al Departamento SSOGA quien debe elaborar la “Denuncia Individual de Enfermedad Profesional” (DIEP), dentro del plazo de 24 horas de conocido el hecho, y enviarla al Organismo Administrador para solicitar la respectiva Evaluación.


En caso que un funcionario(a) presente reposo laboral Enfermedad Profesional directamente a la Unidad de Personal, en esta Unidad se debe exigir que a dicha licencia se le adjunte la correspondiente Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) la que debe ser realizada o recibida en el Departamento SSOGA DSST.

b) La Unidad de Salud Ocupacional formaliza La Denuncia de la Enfermedad Profesional ante el Organismo Administrador, anexando los siguientes documentos:

- Denuncia Individual De Enfermedad Profesional DIEP (Anexo N°3).
- Fotocopia de licencia médica (si la hubiese)
- Certificado del médico tratante (si lo hubiese).
- Fotocopia por ambos lados de la Cedula de Identidad.
- Formulario de advertencia (Anexo N°5).

c) El Organismo Administrador efectúa la evaluación en el área de trabajo que corresponda para catalogar el origen de la enfermedad, sólo en cuanto existan o hayan existido en el lugar de trabajo, agentes o factores de riesgo que pudieran asociarse a una Enfermedad Profesional.

d) El Organismo Administrador emite la correspondiente **resolución** con el pronunciamiento respecto del origen de la enfermedad, la que puede ser; de origen común o de origen profesional, y debe ser notificada al funcionario y a la institución, comunicando las medidas que procedan realizar.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10-2025
		<b>Página</b> 10 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

e) La institución debe adoptar las medidas recomendadas por el Organismo Administrador.

f) El Organismo Administrador conforme lo resuelto, incorpora a la institución o área de trabajo afectadas por los agentes o factores de riesgos identificados, al respectivo programa de vigilancia.

g) Solo el organismo administrador podrá autorizar la reincorporación del funcionario(a) que ha padecido de una enfermedad profesional una vez que se le otorgue el alta laboral.

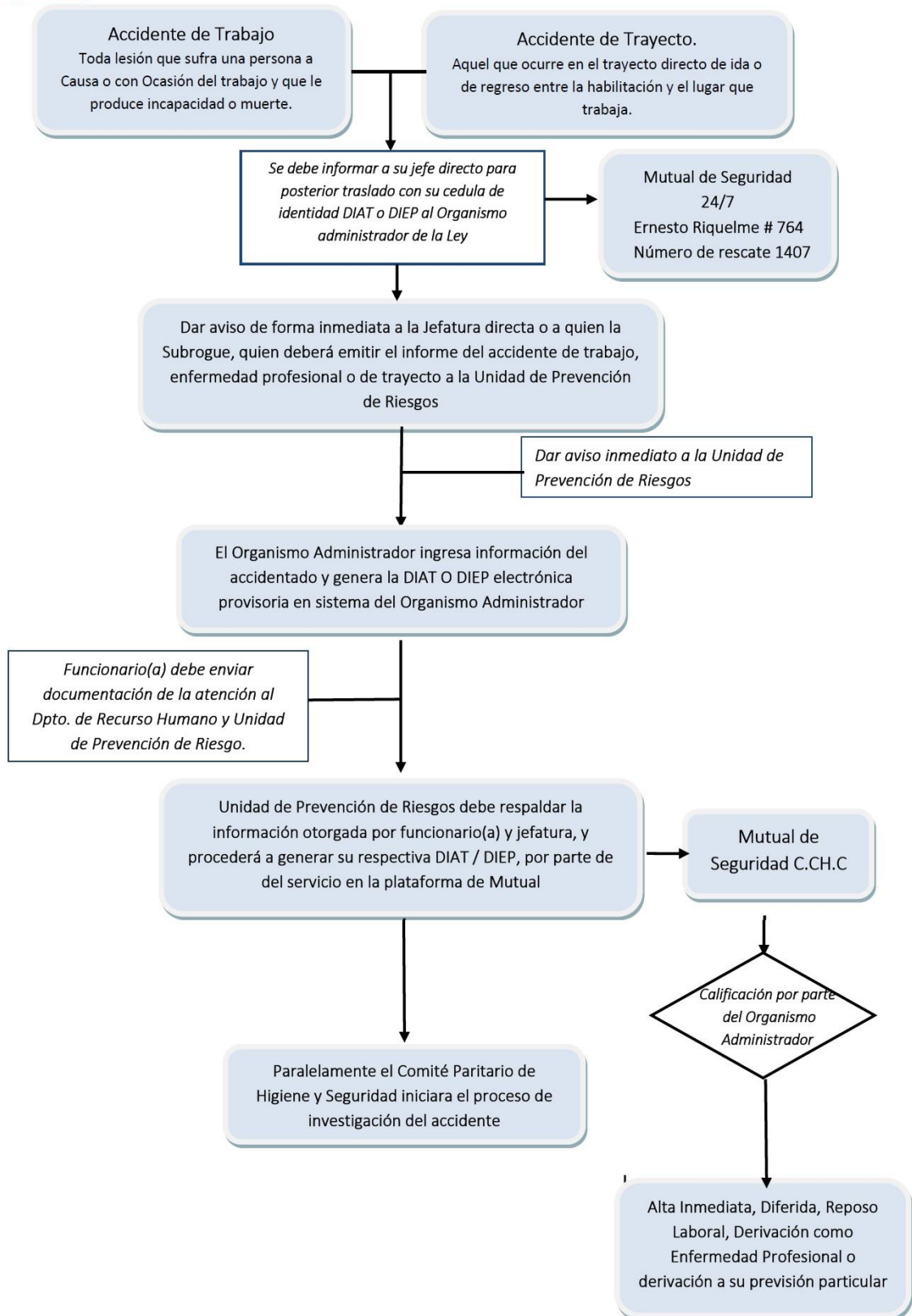
## 8. INDICADOR

No Aplica


## 9. FLUJOGRAMAS GENERALES



### FLUJOGRAMA ACCIDENTE DE TRABAJO/ TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SST.






	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 13 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Ley N° 16.744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Ley N° 19.345, Incorpora obligatoriamente a los funcionarios públicos de la administración civil del estado, a la ley 16.744.
- Decreto Supremo N° 101 Aprueba reglamento para la aplicación de la ley 16.744, el cual establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ley n° 16.744, Libro IV Prestaciones Preventivas, Título I. Obligaciones de las entidades empleadoras, letra D. obligaciones en caso de accidentes fatales y graves, según Resolución Exenta N° 156 de 05 de marzo de 2018”.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 14 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**11. ANEXOS**

**ANEXO 1**



**INFORME INTERNO DE ACCIDENTE DEL TRABAJO**

**1. IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO ACCIDENTADO**

NOMBRE COMPLETO

CEDULA DE IDENTIDAD

CARGO

CALIDAD JURIDICA

--	--	--

DOMICILIO ACTUAL

Nº

DEPTO

Nº TELEFONO

--	--

ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

CORREO ELECTRÓNICO

--	--

CR/UNIDAD O SERVICIO

HORARIO DE TRABAJO

**2. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE**

FECHA DEL ACCIDENTE

HORA DEL ACCIDENTE


¿QUE HACIA EL FUNCIONARIO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE? (actividad)


¿QUE OBJETO PROVOCO EL ACCIDENTE?


¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (Breve descripción)


FECHA DEL INFORME

JEFE DIRECTO DEL  
FUNCIONARIO  
(FIRMA Y TIMBRE)

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	Código: PRO-ACC-01
		Edición: 04
		Fecha: 10- 2025
		Página 15 de 25
		Vigencia: 12-2027

## ANEXO 2 – DIAT (DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO)



### 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       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       Edad       Fecha de Nacimiento

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:
   
 Alacalufe       Colla       Quechua       Otro - Cuál?
   
 Atacameño       Diaguita       Rapanui
   
 Aimara       Mapuche       Yamana (Yagán)       Ninguno

Nacionalidad       Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa       Indefinido       Plazo Fijo       Por Obra o Faena       Temporada       Tipo de Ingreso:
   
 Remuneración Fija
   
 Remuneración Variable
   
 Honorarios

Empleador       Trabajador Dependiente       Trabajador Independiente       Familiar no Remunerado       Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional

**C. Datos de la Enfermedad**

Describa 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

Describa 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 Usuaría       Otro

Firma

### ANEXO 3 – DIEP (DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL)



#### DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Folio:
Código del Caso	Fecha de Emisión	

**A. Identificación del Empleador**

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

**B. Identificación del Trabajador/a**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno	RUN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)	Comuna
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado
Sexo	Número de Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	Profesión u Oficio
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada
Antigüedad en la Empresa	Tipo de Contrato
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario	Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios
Categoría Ocupacional	Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: <input type="checkbox"/> Alacalufe <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál ? <input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui <input type="checkbox"/> Aimara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) <input type="checkbox"/> Ninguno

**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:    Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?:     SI     NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?    ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?     Días     Meses     Años

**D. Identificación del Denunciante**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno	RUN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Teléfono	Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):
	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro
	..... Firma

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 17 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**ANEXO 4 ACCIDENTE DE TRAYECTO DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR**

FECHA DE LA DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_  
LUGAR EN QUE SE TOMA ESTA  
DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO QUE TOMA LA DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN DEL  
TRABAJADOR**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Cédula Particular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del lugar donde trabajo: \_\_\_\_\_  
Horario de trabajo del día del accidente: \_\_\_\_\_  
Horario de entrada: \_\_\_\_\_ Horario de salida: \_\_\_\_\_  
Régimen de salud común (marque FONASA \_\_\_\_\_ ISAPRE \_\_\_\_\_  
con una X):


**III. ANTECEDENTES DEL  
ACCIDENTE**

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:  
\_\_\_\_\_

b) Desde dónde y hacia dónde se dirigía cuando ocurrió el accidente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: lugar (calles, estación metro, etc.), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (caída, golpe, choque, atropello, etc.), posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), parte del lesionada, y demás circunstancias que recuerde:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Si recibió su primera atención médica en otro centro médico (público o privado) o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 18 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

e) Si existe testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:

---



---

f) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguros u otro tipo de pruebas (fotografías de lugar del accidente, boletos del medio transporte utilizado, etc.):

---



---

g) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó:

---



---


He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados a [nombre del Organismo Administrador que corresponda], dentro del plazo de 5 días (Excluyendo sábados, domingos y festivos).

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que "Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieron declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión."

\*Los Organismos Administradores podrán incluir su logo institucional en este formulario.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 19 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## ANEXO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO GRAVE O FATAL

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 fatal o grave, el empleador deberá:

- Suspender en forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
- Informar inmediatamente de lo ocurrido a la Inspección del Trabajo (Inspección) y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) que corresponda.

Para los efectos de las obligaciones antes señaladas, se establecen las siguientes definiciones:

**1. Accidente del trabajo fatal:** Es aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente.

**2. Accidente del trabajo grave:** De acuerdo con el concepto de accidente del trabajo previsto en el inciso primero del artículo 5° de la Ley N°16.744, es aquel accidente que genera una lesión, a causa o con ocasión del trabajo, y que:

a. Provoca en forma inmediata (en el lugar del accidente) la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo.

Se incluyen aquellos casos que produzcan, además, la pérdida de un ojo; la pérdida total o parcial del pabellón auricular; la pérdida de parte de la nariz, con o sin compromiso óseo; la pérdida de cuero cabelludo y el desforramiento de dedos o extremidades, con y sin compromiso óseo.


b. Obliga a realizar maniobras de reanimación, debe entenderse por éstas, el conjunto de acciones encaminadas a revertir un paro cardiorespiratorio, con la finalidad de recuperar o mantener las constantes vitales del organismo. Estas pueden ser básicas (no se requiere de medios especiales y las realiza cualquier persona debidamente capacitada); o avanzadas (se requiere de medios especiales y las realizan profesionales de la salud debidamente entrenados).

c. Obliga a realizar maniobras de rescate, son aquellas destinadas a retirar al trabajador lesionado cuando éste se encuentre impedido de salir por sus propios medios o que tengan por finalidad la búsqueda de un trabajador desaparecido.


d. Ocurra por caída de altura de más de 1.8 metros, para este efecto la altura debe medirse tomando como referencia el nivel más bajo. Se incluyen las caídas libres y/o con deslizamiento, caídas a hoyos o ductos, aquellas con obstáculos que disminuyan la altura de la caída y las caídas detenidas por equipo de protección personal u otros elementos en el caso de que se produzcan lesiones.

e. Ocurra en condiciones hiperbáricas, como por ejemplo aquellas que ocurren a trabajadores que realizan labores de buceo u operan desde el interior de cámaras hiperbáricas.

f. Involucra un número tal de trabajadores que afecten el desarrollo normal de las faenas.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 20 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**3. Faena afectada:** Corresponde a aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la totalidad del centro de trabajo, dependiendo de las características y origen del siniestro y en la cual, de no adoptar la entidad empleadora medidas correctivas inmediatas, se pone en peligro la vida o salud de otros trabajadores.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 21 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## ANEXO 6: FORMULARIO DE COMUNICACION DE ACCIONES EXTRAORDINARIAS




**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
 DIVISION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
 DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL Y GESTION AMBIENTAL**

### FORMULARIO DE COMUNICACION DE ACCIONES EXTRAORDINARIAS

Sistema Egresado de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo (HSMAT)  
 2014  
 Redes Asistenciales de Salud, Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG)


<b>Servicio de Salud:</b>
<b>Establecimiento:</b>
<b>Fecha Emergencia:</b>
<b>Causa o situación problema que motivó la acción extraordinaria:</b>
<b>Apreciación de la magnitud y gravedad:</b>
<b>Acción extraordinaria efectuada:</b>
<b>Fecha acción extraordinaria efectuada:</b>
<b>Acciones de seguimiento:</b>
<b>Fecha acciones de seguimiento:</b>
<b>Responsable:</b>

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 22 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## **FORMULARIO DE COMUNICACION DE ACCIONES EXTRAORDINARIAS**

Sistema Egresado de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo (HSMAT) Redes Asistenciales de Salud, Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG)


1. Considerando que el Sistema Egresado de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo (HSMAT) del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), tiene como un requisito técnico la comunicación de “acciones extraordinarias”, desde los establecimientos a las Direcciones de Servicio y desde éstas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
2. Teniendo en cuenta la definición de “acciones extraordinarias” provista por el órgano técnico validador del Sistema, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), como: “Las acciones extraordinarias son acciones no programadas, efectuadas habitualmente en respuesta a un evento extraordinario, como puede ser, un accidente grave, una emergencia (incendio, sismo, inundación, entre otras) u otra situación de riesgo real o potencial para la salud de los trabajadores”. Para poder conocer e informar las principales acciones extraordinarias realizadas es fundamental contar con un adecuado registro. Fuente: Guía metodológica SUSESO 2007.
3. Habiendo logrado consenso, entre las unidades técnicas de Salud Ocupacional de las Redes Asistenciales, respecto de que la comunicación de estas acciones, es necesaria a fin de que las autoridades tomen conocimiento de que estos eventos (incendios, explosiones, accidentes fatales, entre otras) **“efectivamente ocurren”** en la red asistencial y que este conocimiento permitirá una mejor priorización del tema.
4. Por lo expuesto anteriormente, y recogiendo las observaciones de las unidades técnicas de los Servicios de Salud, se plantea regularizar esta comunicación mediante un FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIONES EXTRAORDINARIAS.
5. Las “acciones extraordinarias” deben ser comunicadas, con la mayor oportunidad y veracidad posibles, a los distintos niveles directivos, a fin de que se puedan adoptar las medidas correctivas necesarias, sin perjuicio de que con posterioridad se complemente el informe con datos adicionales y la información de acciones de seguimiento.

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 23 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

**ANEXO 7: INFORME DE SEGUIMIENTO**

**INFORME DE SEGUIMIENTO  
(ACCIÓN EXTRAORDINARIA)**

<b>Servicio de Salud:</b>			
<b>Establecimiento:</b>			
<b>Fecha del incidente:</b>			
<b>Tipo de incidente:</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal			
<b>Informe elaborado por:</b>			<b>Firma:</b>
<b>Fecha del informe:</b>			
<b>Daños</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>(Infraestructura – materiales- equipos)</b>	
<b>Descripción de los daños</b>			
<b>Lesionados</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>(Personas)</b>			
<b>Nombre de los Lesionados</b>		<b>condición de salud</b>	
<b>Acciones de seguimiento</b>			
<b>Descripción de la(s) medida(s)</b>	<b>Responsable de ejecución</b>	<b>Cumplimiento</b>	
		<b>Si</b>	<b>NO</b>

	<b>PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO/TRAYECTO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ</b>	<b>Código:</b> PRO-ACC-01
		<b>Edición:</b> 04
		<b>Fecha:</b> 10- 2025
		<b>Página</b> 24 de 25
		<b>Vigencia:</b> 12-2027

## ANEXO 8 – INFORMACIÓN DE CONTACTO

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Teléfonos</b>
Maribel Arapio Sandoval	Jefe(s) Departamento Salud Ocupacional y Gestión Ambiental	Maribel.arapio@redsalud.gob.cl	579991
Karen Díaz Ramirez	Jefa(s) Unidad gestión ambiental y prevención de riesgos	Karen.diazr@redsalud.gob.cl	576995
Ruben Silva Herrera	Unidad Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Ruben.silva@redsalud.gob.cl	576995
Natalia Oyarce Torres	Jefa Programa Saludablemente y Unidad Salud Ocupacional	Natalia.oyarce.t@redsalud.gob.cl	576986
Andrea Hidalgo Aguilera	Unidad Salud Ocupacional	Andrea.hidalgo.a@redsalud.gob.cl	576994
Matías Cortes Espinoza	Unidad Salud Ocupacional	Matias.cortese@redsalud.gob.cl	576986