



AU08- 2019-02034

CIRCULAR N° 3440

SANTIAGO, 14 AGO 2019

**CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y PRESCRIPCIÓN DE MEDIDAS  
MODIFICA EL TÍTULO III. CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES, DEL  
LIBRO III.DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES  
PERMANENTES, Y EL TITULO I. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SISESAT), DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE  
INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL  
SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES  
DE LA LEY N°16.744**



La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395 y el artículo 12 de la Ley N°16.744, ha estimado pertinente modificar las instrucciones impartidas en el Título III. Calificación de enfermedades profesionales, del Libro III. Denuncia, calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes y en el Título I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), del Libro IX. Sistemas de Información, Informes y reportes, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

## **I. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL TÍTULO III. CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES**

1. Modifícase la Letra A. Protocolo General, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Reemplázase el segundo párrafo del número 1. Médico de Urgencia, del Capítulo II. Calificadores, por el siguiente:

“En las situaciones previstas en las letras a) y b) precedentes, en la glosa “Tipo de calificador de la enfermedad denunciada”, de la Zona H, del documento electrónico de la RECA, descrito en el Anexo N°10 “Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)”, de la Letra G, Título I, Libro IX, se deberá consignar: “1) Califica médico de urgencia por causal de emergencia” o “2) Califica médico de urgencia por causal de patología grave”, según corresponda.”

- b) Modifícase el número 8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo, del Capítulo IV. Proceso de Calificación, del siguiente modo:

- i) Reemplázase el tercer párrafo por el siguiente:

“Adicionalmente, el organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional, de acuerdo a lo instruido en el Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, del Título II, del Libro IV. Prestaciones preventivas. Durante el año 2020, los organismos administradores deberán efectuar dicha prescripción a las entidades empleadores con menos de 100 trabajadores. A partir del año 2021, esta prescripción de medidas deberá realizarse a todas las entidades empleadoras en las que se califique una enfermedad profesional.

- ii) Modifícase el cuarto párrafo, de la siguiente forma:

- Elimínase la expresión “indicar o”.
- Reemplázase el guarismo “10”, por “15”.
- Reemplázase la palabra “data” por “fecha”.



iii) Reemplázanse los párrafos quinto, sexto y séptimo actuales, por los siguientes:

“Excepcionalmente, el organismo administrador podrá fijar un plazo mayor, cuando por razones justificadas el empleador no pueda implementar las medidas dentro del plazo máximo de 90 días. Las razones que justifican ese mayor plazo, deberán ser precisadas en el informe de la prescripción de medidas y registradas en el campo “Descripción de la Medida Prescrita” del documento electrónico del Anexo N°13 “Prescripción de medidas”, de la Letra G. Anexos, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

Dentro de los diez días hábiles siguientes al vencimiento del plazo fijado para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar que la entidad empleadora les haya dado cumplimiento.

En caso que el organismo administrador haya prescrito a la entidad empleadora más de una medida correctiva, con plazos de implementación distintos, el plazo establecido en el párrafo anterior, se contará desde el vencimiento del plazo mayor.

Si el empleador no ha implementado las medidas prescritas, el organismo administrador deberá aplicar el recargo establecido en el artículo 16 de la Ley N°16.744, en relación con el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, e informar la situación de riesgo para la salud de los trabajadores, a la Inspección del Trabajo y/o a la SEREMI de Salud que corresponda. Para dicho efecto, deberá utilizar el formulario contenido en el Anexo N°11 “Informe a entidades fiscalizadoras – formulario B”.

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social las medidas prescritas y el resultado de la verificación de su cumplimiento, ello, mediante la remisión de los documentos electrónicos del Anexo N°13 “Prescripción de medidas” y del Anexo N°14 “Verificación de medidas”, de acuerdo a lo instruido en el Capítulo VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5), de la Letra B, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.”

c) Reemplázase el número 10. Supervisor Técnico del proceso de calificación, del Capítulo IV. Proceso de Calificación, por el siguiente:

“10. Auditoría del proceso de calificación

Será responsabilidad del directorio de cada mutualidad y del Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, la realización de una auditoría interna anual al proceso de calificación de las enfermedades profesionales, respecto de los casos ingresados con DIEP durante el año calendario respectivo. En dicha auditoría se deberá verificar el cumplimiento de las instrucciones contenidas en el Título III. Calificación de enfermedades profesionales, del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes.

Esta auditoría deberá ser incorporada al Plan Anual de Auditoría a partir del año 2020, de cada organismo administrador y su informe deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a lo instruido en la Letra F. Plan anual de auditorías, del Título II, del Libro VII. Aspectos Operacionales y Administrativos.”



2. Modificase el Capítulo II. Normas especiales del proceso de calificación, de la Letra D. Protocolo de patologías dermatológicas, de la siguiente forma:
  - a) Elimínanse los párrafos noveno, décimo y décimo primero actuales, del número 4. Calificación para patologías dermatológicas.
  - b) Elimínase el número 7. Plazo de calificación.
3. Modificase el Capítulo II. Normas especiales del proceso de calificación, de la Letra E. Protocolo de patologías de la voz, de la siguiente forma:
  - a) Elimínase el párrafo séptimo del número 4. Calificación del origen de patología de la voz.
  - b) Elimínase el número 7. Plazo de calificación.
4. Reemplázase en la Letra H. Anexos, el Anexo N°11 "Informe a entidades fiscalizadoras - Formulario B", por el que se adjunta a esta circular.

## **II. MODIFÍCASE EL TÍTULO I. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, DEL SIGUIENTE MODO:**

1. Modificase el Capítulo VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) de la Letra B, de la siguiente forma:
  - a) Reemplázase en el primer párrafo del número 2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador, el nombre del Anexo N°10, por el siguiente: "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)".
  - b) Modificase el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, de acuerdo a lo siguiente:
    - i) Reemplázase en la primera oración del primer párrafo, el guarismo "15", por el guarismo "10", y la expresión "el día en que se ingresó en el sistema la primera DIAT", por la expresión "la fecha de su emisión."
    - ii) Elimínase en el primer párrafo la segunda oración.
    - iii) Reemplázase el tercer párrafo, por el siguiente:

"La información asociada a las resoluciones de calificación del origen de las enfermedades denunciadas mediante las DIEP, deberá remitirse en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde su emisión."
2. Modificase la letra G. Anexos, en la siguiente forma:
  - a) Modificase el nombre del Anexo N°10, por el siguiente: "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)".
  - b) Reemplázase el Anexo N°10, por el que se adjunta a esta circular.

### III. VIGENCIA

Las modificaciones introducidas por la presente circular, entrarán en vigencia el 1° de enero de 2020.



*[Handwritten signature]*  
**CLAUDIO REYES BARRIENTOS**  
**SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL**

*[Handwritten signature]*  
PSA/PSC/JAA/VNC/ECS/RST

#### DISTRIBUCIÓN:

(Se adjunta 2 Anexos)

- Mutualidades de empleadores Ley N°16.744
- Instituto de Seguridad Laboral
- Empresas con Administración Delegada

Copia informativa a:

- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento de Tecnología y Operaciones
- Departamento Contencioso Administrativo
- Departamento de Regulación
- Archivo Central
- Unidad de Gestión de Correspondencia



**ANEXO N°11**  
**Formulario - B**



Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORME A ENTIDADES FISCALIZADORAS**

**DE: ORGANISMO ADMINISTRADOR.....**

**A: DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DT); Y  
SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD (SEREMI).....**

Por instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social, cumpla con informar a usted que la entidad empleadora individualizada, registra una(s) enfermedad(es) profesional(es) causada(s) por los siguientes factores de riesgo: \_\_\_\_\_, respecto de los cuales, no ha implementado las medidas correctivas prescritas por este organismo administrador(\*), dentro del plazo fijado para dicho efecto.

**I. Datos del Trabajador**

1. Nombre:			
2. Rut:			
3. Edad:		4. Sexo (F/M):	
5 Dirección:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>	
6. Correo electrónico:			
7. N° de celular:			
8. N° teléfono fijo			

**II. Identificación del Empleador**

9. Nombre o Razón Social:			
10. Rut Empresa:			
11. Representante Legal			
12. Dirección Casa Matriz:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>	<i>Correo electrónico:</i>	
13. Teléfono Casa Matriz:	<i>Código</i>	<i>Número</i>	
	<i>Área</i>		
14. Dirección de la Sucursal u Oficina	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna/ Región</i>	<i>Correo electrónico:</i>	



15. Teléfono Sucursal u Oficina	<i>Código</i> <i>Área</i>	<i>Número</i>
---------------------------------	------------------------------	---------------

**III. Medidas instruidas e incumplidas (\*)**

--





**ANEXO N°10:  
DOCUMENTO ELECTRÓNICO DE LA RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN (RECA)**

EMPLEADOR - ZONA B					RECA	
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
RUT empleador	RUT empleador	<rut_empleador>	STRut		I	1
Nombre	Nombre o Razón social	<nombre_empleador>	String		I	1
Dirección	Dirección del empleador	<direccion_empleador>	CTDireccion		N	1
Código actividad	Código CIUU.cl de la actividad económica de la empresa.	<ciiu_empleador>	STCIUU	CIUU	N	1
Texto de la actividad	Texto ingresado por el denunciante de la actividad económica de la empresa del trabajador accidentado o enfermo.	<ciiu_texto>	String		N	1
Número trabajadores	Número de trabajadores de la empresa	<n_trabajadores>	Integer		N	1
Número trabajadores hombres	Número de trabajadores hombres de la empresa	<n_trabajadores_hombre>	Integer		N	1
Número trabajadores mujeres	Número de trabajadores mujeres de la empresa	<n_trabajadores_mujer>	Integer		N	1
Tipo empresa	Tipo de empresa	<tipo_empresa>	STTipo_empresa	1. Principal; 2. Contratista; 3. Subcontratista; 4. De Servicios Transitorios	N	1





Código actividad empresa principal.	Código CIUU.cl empresa principal, si la empresa que tenía contratado al trabajador es contratista, subcontratista o de Servicios Transitorios, señalar la actividad de la empresa Principal.	<ciuu2_empleador>	STCIUU	CIUU	N	2
Texto de la actividad empresa principal	Texto ingresado por el denunciante. Si la empresa que tenía contratado al trabajador es contratista, subcontratista o de Servicios Transitorios, señalar la rama o rubro de la empresa Principal.	<ciuu2_texto>	String		N	2
Propiedad empresa	Propiedad de la empresa	<propiedad_empresa>	STPropiedad_empresa	1. Privada; 2. Pública	N	1
Teléfono	Teléfono del empleador	<telefono_empleador>	CTTelefono		N	3

TRABAJADOR - ZONA C						
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Trabajador	Datos del trabajador	<trabajador>	CTTrabajador		IE	1
Apellido Paterno	Apellido paterno del trabajador	<apellido_paterno>	STTexto		I	1



Apellido materno	Apellido materno del trabajador	<apellido_materno>	STTexto		I	1
Nombres del trabajador	Nombres del trabajador	<nombres>	STTexto		I	1
Identificación del documento de identidad	TAG compuesto que contiene el TAG origen_documentacion y el TAG identificador	<documento_identificacion>	CTIdentificacion		I	1
Origen de la documentación	Identifica la procedencia del documento de identificación	<origen_identificacion>	STOrigen_identificacion	1 Nacional 2 Extranjero	N	1
Identificador del documento	En el caso de que el documento tenga más de 15 caracteres se colocarán los primeros 15, siendo el primer dígito el del extremo izquierdo. Caracteres del documento de identificación	<identificador>	STTextoRut	string de máximo 15 caracteres	I	1
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del trabajador	<fecha_nacimiento>	date		I	1
Edad	Edad del trabajador	<edad>	Integer		I	1
Sexo	Sexo del trabajador	<sexo>	STSexo		I	1
Nacionalidad	Nacionalidad del trabajador	<nacionalidad>	STPais_nacionalidad		I	1
Código etnia	Código del pueblo originario	<codigo_etnia>	STCodigo_etnia	0. Ninguno 1. Alacalufe 2. Atacameño 3. Aimara 4. Colla	N	3



				5. Diaguita 6. Mapuche 7. Quechua 8. Rapa Nui 9. Yámana (Yagán) 10. Otro ¿Cuál?		
Etnia	Etnia del trabajador cuando indica la opción "Otro"	<etnia_otro>	String	Debe venir encaso que el código de etniasea10	N	2
Dirección trabajador	Dirección del trabajador	<direccion_trabajador>	CTDireccion		IE	1
Profesión trabajador	Profesión del trabajador	<profesion_trabajador>	String		I	1
Código profesión	Código de la profesión del trabajador	<ciuo_trabajador>	STCIUO	CIUO	N	1
Categoría ocupacional	Tipo de categoría ocupacional del trabajador	<categoria_ocupacion>	STCategoria_ocupacion	1. Empleador 2. Trabajador Dependiente 3. Trabajador Independiente 4. Familiar no Remunerado 5. Trabajador Voluntario	N	1
Duración contrato	Tipo de contrato del trabajador	<duracion_contrato>	STDuracion_contrato	1. Indefinido 2. Plazo fijo	N	1



				3. Por obra o faena 4. Temporada		
Dependencia	Tipo de dependencia del trabajador	<tipo_dependencia>	STDependencia	1. Dependiente 2. Independiente	N	3
Remuneración	Tipo de remuneración del trabajador	<tipo_remuneracion>	STRemuneracion	1. Remuneración fija 2. Remuneración variable 3. Honorarios	N	1
Fecha ingreso trabajo	Fecha en la que se incorporó a la empresa	<fecha_ingreso>	Date		N	1
Teléfono	Teléfono del trabajador	<telefono_trabajador>	CTTelefono		I	3
Clasificación	Clasificación del trabajador	<clasificacion_trabajador>	STClasificacion_trabajador	1. Empleado 2. Obrero	N	3
Sistemadesalud	Sistema de salud común del trabajador	<sistema_comun>	STSistema_comun	1. Público 2. Privado	N	3

ACCIDENTE - ZONA D					RECA	
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Fecha	Fecha y hora del accidente	<fecha_accidente>	DateTime		I	1
Hora ingreso	Hora ingreso al trabajo	<hora_ingreso>	Time		N	1



Dirección	Dirección donde ocurrió el accidente	<direccion_accidente>	CTDireccion		N	1
Lugar	Sitio o lugar específico donde ocurrió el accidente	<lugar_accidente>	String		N	1
Qué	¿Qué hacía el trabajador(a) al momento del accidente?	<que>	String		N	1
Cómo	¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?	<como>	String		N	1
Cuál	Señale cuál era su trabajo habitual	<trabajo_habitual_cual>	String		N	1
Trabajo habitual	Al momento del accidente, desarrollaba su trabajo habitual	<trabajo_habitual>	STSiNo		N	1
Gravedad	Criterio de Gravedad	<gravedad>	STCriterio_gravedad	1. Otro; 2. Grave; 3. Fatal	N	1
Tipo accidente	Tipo de Accidente	<tipo_accidente>	STTipo_accidente	1. Accidente del Trabajo; 2. Accidente de Trayecto	N	2
Hora salida	Hora salida del trabajo	<hora_salida>	Time		N	1
Tipo accidente trayecto	Tipo de Accidente de Trayecto	<tipo_accidente_trayecto>	STTipo_accidente_trayecto	1. Domicilio-trabajo; 2. Entre dos trabajos; 3. Trabajo-domicilio	N	2



Medio prueba	Medio de Prueba (sólo para Accidente de Trayecto)	<medio_prueba>	STMedio_prueba_accidente	1. Parte Carabineros; 2 Testigos; 3. Declaración; 4 Otro	N	2
Detalle prueba	Detalle del Medio de Prueba (sólo para Accidentes de Trayecto)	<detalle_prueba>	String	Debe venir en caso que el medio de prueba sea 4	N	2

ENFERMEDAD - ZONA E					RECA	
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Síntoma	Descripción de Molestias o Síntomas	<sintoma>	String		N	1
Fecha inicio síntoma	Antigüedad de las Molestias o Síntomas	<fecha_sintoma>	Date		N	1
Parte cuerpo	Parte del Cuerpo Afectada	<parte_cuerpo>	String		N	1
Antecedente previo	Antecedente de cuadro previo similar	<antecedente_previo>	STSiNo		N	1
Antecedente compañero	Existencia de compañeros de trabajo con las mismas molestias	<antecedente_companero>	STSiNo		N	1
Descripción trabajo	Descripción del trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias	<direccion_trabajo>	String		N	1



Puesto trabajo	Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias	<puesto_trabajo>	String		N	1
Agente sospechoso	Agente sospechoso de causar las molestias ¿Qué cosa(s) o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?	<agente_sospechoso>	String		N	1
Fecha expuesto agente	Fecha desde la que ha estado expuesto al agente sospechoso	<fecha_agente>	Date		N	1

DIAGNOSTICO - ZONA G					RECA	
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Diagnóstico	Diagnóstico médico	<diagnostico>	base64Binary		N	1
Código Diagnóstico	Código Diagnóstico	<codigo_diagnostico>	STCIE10	CIE10	N	1
Ubicación	Ubicación de la lesión o enfermedad	<ubicacion>	base64Binary		N	1
Código Ubicación	Código Ubicación Lesión	<codigo_ubicacion>	STCodigo_ubicacion_lesion	Clasificación según Ubicación de la Lesión OIT	N	1
Fecha Diagnóstico	Fecha en que se realiza el diagnóstico	<fecha_diagnostico>	Date		N	1





Origen Diagnostico	Origen del diagnostico	<origen_diagnostico>	STOrigen_diagnostico	1. Laboral 2. No Laboral	N	1
--------------------	------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------------	---	---

RESOLUCION - ZONA H						
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Número de la Resolución	Número que identifica el documento en cada organismo administrador	<num_resol>	String		I	1
Derivación 77	Indica si el caso proviene de una derivación que se acoge al 77 bis	<derivacion77>	STSiNo		N	1
Tipo de calificación del accidente o enfermedad	Calificación accidente o enfermedad	<tipo_acc_enf>	STTipo_accidente_enfermedad	1. Accidente del Trabajo 2. Accidente de Trayecto 3. Enfermedad Profesional 4. Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo con Alta Inmediata. 5. Enfermedad laboral con Alta	IE	1



				<p>Inmediata y/o sin Incapacidad Permanente.</p> <p>6. Accidente Común</p> <p>7. Enfermedad Común</p> <p>8. Siniestro de Trabajador no protegido por la Ley N°16.744.</p> <p>9. Accidente ocurrido en el trayecto con Alta Inmediata.</p> <p>10. Accidente de Dirigente Sindical en cometido gremial.</p> <p>11. Accidente debido a fuerza mayor o extraña ajena al trabajo.</p> <p>12. No se detecta enfermedad.</p> <p>13. Derivación a otro Organismo Administrador.</p>	
--	--	--	--	---	--



				14. Incidente laboral sin lesión		
Causal de rechazo de una calificación común	<p>Causal de rechazo de una calificación no laboral en accidentes o enfermedades.</p> <p>Será "causal médica" cuando el fundamento de la calificación común sea la falta de concordancia entre la patología diagnosticada y el mecanismo lesional descrito o las funciones habituales desempeñadas por el trabajador, o bien cuando no se detecta enfermedad.</p> <p>Será "causal jurídico-administrativa" en todos los demás casos distintos a los descritos para la "causal médica".</p>	<causal_calificacion_comun>	STCausal_calificacion_comun	<p>Campo condicional, el cual se debe enviar cuando el campo "Tipo de calificación del accidente o enfermedad" = 6, 7, 8, 11, 12, 14.</p> <p>1. Causal Jurídico-administrativa</p> <p>2. Causal médica</p>	N	2
Tipo o instancia que califica el accidente o enfermedad.	Determina quién califica la denuncia de enfermedad o de accidente el trabajo.	<quien_califica>	STQuien_califica	<p>1) Califica médico de urgencia por causal de emergencia</p> <p>2) Califica médico de urgencia por causal de patología grave</p> <p>3) Califica médico del trabajo por</p>	N	1



				derivación de médico evaluador 4) Califica médico de trabajo caso derivado de programa de vigilancia 5) Califica médico del trabajo por situaciones especiales 6) Califica el comité de calificación 7) Calificación de accidentes en primera atención médica. 8) Calificación de accidentes en instancias distintas a la primera	
--	--	--	--	---	--



				atención médica. 9) Recalificación por instrucción de SUSESO.		
Notificación RECA	Notificación de la RECA al trabajador y empleador	<Notificacion_RECA>	CTNotificacion_RECA	Campo complejo compuesto por: - Notificación RECA al trabajador. - Notificación RECA al empleador.	N	1
Notificación de la RECA al trabajador	Fecha y medio por el cual se notifica la RECA al trabajador	<Notificacion_RECA_trabajador>	CTDatos_notificacion_RECA	Campo complejo compuesto por: - Medio de notificación al trabajador - Fecha de notificación al trabajador	N	1



Medio de notificación de la RECA al trabajador	Medio a través del cual se notifica al trabajador la resolución de la calificación	<medio_notificacion>	STMedio_Notificacion_R ECA	1) Presencial. 2) Carta certificada. 3) Otro	N	1
Otros Notificación	Descripción de otro medio de notificación	<otros_notificacion_tra>	String	Debe venir cuando medio de notificación es 3	N	2
Fecha de notificación de la RECA al trabajador	Fecha en que se notifica al trabajador la resolución de calificación	<fecha_notificacion>	Date		N	1
Notificación de la RECA al empleador	Fecha y medio por el cual se notifica la RECA al empleador	<Notificacion_RECA_employador>	CTDatos_notificacion_R ECA	Campo complejo compuesto por: - Medio de notificación al empleador - Fecha de notificación al empleador	N	3
Medio de notificación de la RECA al empleador	Medio a través del cual se notifica al empleador la resolución de la calificación	<medio_notificacion>	STMedio_Notificacion_R ECA	1) Presencial. 2) Carta certificada. 3) Otro	N	1



Otros Notificación	Descripción de otro medio de notificación	<otros_notificacion_e>	String	Debe venir cuando medio de notificación es 3	N	2
Fecha de notificación de la RECA al empleador	Fecha en que se notifica al empleador la resolución de calificación	<fecha_notificacion>	Date		N	1
Indicaciones	Indicaciones para el empleador y/o trabajador	<indicaciones>	String		I	3
Codificación Enfermedad	Codificación de la Enfermedad Profesional	<codificacion_enfermedad >	CTCodificacion_enfermedad	Definido en SIATEP_TYPES.1.0.xsd	N	1
Codificación Accidente	Codificación del Accidente	<codificacion_accidente>	CTCodificacion_accidente	Definido en SIATEP_TYPES.1.0.xsd	N	1
Calificador	Antecedentes de quien califica el origen del accidente o la enfermedad.	<calificador>	CTCalificador		IE	1

