

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES / TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) / B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales

B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales

CAPÍTULO I. Aspectos generales

1. Información contenida en el módulo

Este módulo contempla los siguientes documentos que deberán ser remitidos por los organismos administradores al SISESAT, con independencia de la forma en que se hayan originado:

- a) Denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT)
- b) Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP)
- c) Resolución de calificación del origen del siniestro (RECA)
- d) Reposo Laboral (RELA)
- e) Alta laboral Ley N°16.744 (ALLA)
- f) Alta médica Ley N°16.744 (ALME)
- g) Resolución de incapacidad permanente (REIP)
- h) Prescripción de medidas
- i) Verificación de medidas
- j) Notificación a la autoridad
- k) Documento de reingreso
- l) Evaluación médica inicial en enfermedad de salud mental
- m) Evaluación médica inicial en enfermedad músculo esquelética
- n) Evaluación médica inicial general

2. Contenido de los documentos electrónicos

El contenido de cada uno de los documentos antes mencionados se ha estructurado por zonas, con el propósito de identificar de manera única y uniforme la información de cada uno de ellos.

Las zonas de identificación que se han definido son las siguientes:

- i) Zona A de Identificación del Documento
- ii) Zona B de Identificación del Empleador
- iii) Zona C de identificación del Trabajador
- iv) Zona D de identificación del Accidente
- v) Zona E de identificación de la Enfermedad
- vi) Zona F de identificación del Denunciante
- vii) Zona G de identificación del Diagnóstico
- viii) Zona H de identificación de la Resolución

- ix) Zona I de identificación de la Incapacidad temporal
- x) Zona J de identificación de Indicaciones de alta laboral
- xi) Zona K de identificación de Indicaciones de alta médica
- xii) Zona L de identificación del Médico
- xiii) Zona M de identificación de la Incapacidad permanente
- xiv) Zona N de identificación del ministro de fe y presidente de comisión
- xv) Zona O de seguridad
- xvi) Zona ZCT del Centro de Trabajo
- xvii) Zona Prescripción de Medidas
- xviii) Zona Verificación de Medidas
- xix) Zona Notificación a la Autoridad
- xx) Zona REING de Reingreso del Trabajador
- xxi) Zona Antecedentes Biográficos
- xxii) Zona Antecedentes Mórbidos
- xxiii) Zona Anamnesis
- xxiv) Zona Motivo de Consulta
- xxv) Zona Examen Mental
- xxvi) Zona Examen Físico
- xxvii) Zona Evaluaciones Obligatorias
- xxviii) Zona Diagnóstico Clínico
- xxix) Zona Conclusiones Evaluación Médica
- xxx) Zona Médico Especialidad
- xxxi) Zona antecedentes EMI
- xxxii) Zona evaluaciones o exámenes

En consecuencia, a modo de ejemplo, el documento electrónico DIAT queda definido en su contenido a partir de las zonas de identificación del DOCUMENTO, EMPLEADOR, TRABAJADOR, ACCIDENTE, DENUNCIANTE Y SEGURIDAD.

El Anexo N°1 "Definición en llenado de campos de SISESAT", de la Letra H, Título I del Libro III, contiene definiciones específicas para el llenado de campos del módulo de accidentes y enfermedades, en los que se han detectado problemas en la calidad del registro.

3. Significado del contenido de las zonas y códigos de obligatoriedad

Respecto del significado del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos, se deberá tener presente:

- a) Glosa: Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- c) Tag: Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d) Tipo: Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
 - i) Alfanumérico (String), algunos caracteres como '&' y '<' deben ser reemplazados por la secuencia de escape que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
 - ii) Numérico (Integer), no debe incluirse separador de miles.
 - iii) Decimal (decimal), los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.

- iv) Fecha (Date), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
 - v) Hora (Time), tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
 - vi) Fecha Hora (DateTime), tipo de dato estándar en formato AAAA-MMDDTHH:MM:SS.
 - vii) STXXX, tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
 - viii) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- e) Validación: Validación para el atributo definido.
- f) Código de impresión del campo
- i) Si el código es I, el campo debe ser impreso.

La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Por ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que imprimirse en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato cuya impresión es obligatoria, esté pre impreso.

- ii) Si el código es IE, el elemento representa un Código, se deberá utilizar en la representación impresa la etiqueta equivalente.
 - iii) Si el código es N, no es obligatorio que el campo aparezca impreso en el documento.
- g) Código de obligatoriedad
- i) Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar siempre en el documento.
 - ii) Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio para determinados denunciadores emisores, cuando se cumple una cierta condición que emana del propio formulario.
 - iii) Si el código es 3, el dato es opcional, puede o no estar en los documentos.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar cada documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la Orden de Reposo Ley N° 16.744 (RELA), el certificado de Alta Laboral (ALLA) y el certificado de Alta Médica (ALME), la Resolución de Calificación (RECA), la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Para acceder a toda la información y documentación referida al Sistema de Información, se puede hacer a través del mismo sitio web.

4. Formato de los documentos electrónicos

Al respecto, rige lo señalado en el N°5, de la Letra A, de este Título.

5. Seguridad de los documentos electrónicos

De igual modo, aplican en esta materia lo señalado en el N°6, de la Letra A, de este Título.

CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (DIAT y DIEP)

1. Antecedentes legales de los formularios DIAT y DIEP

El D.S. N°73, de 2005, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, introdujo modificaciones al D.S. N°101, de 1968, del mismo Ministerio, respecto a los formularios de denuncia, tanto en su denominación, como en lo relativo al procedimiento para fijar su contenido, formato y el registro que deben llevar los organismos administradores y administradores delegados. Se estableció que el formulario se denominará Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, respectivamente.

El citado D.S. N°101, en su artículo 73, señala que será el Ministerio de Salud, a través de las autoridades correspondientes, quien establecerá los datos que deberán contener la DIAT y la DIEP, para cuyo efecto solicitará informe a la Superintendencia de Seguridad Social. Respecto de los formatos de DIAT y DIEP, de uso obligatorio para todos los organismos administradores y administradores delegados, se señala que serán establecidos en conjunto, por el Ministerio de Salud y la Superintendencia

2. Contenido de los Formularios DIAT y DIEP

Con independencia de la forma en que se origina la DIAT o la DIEP, es decir, en formulario de papel o electrónico, ambos tendrán el mismo valor en cuanto a los efectos jurídicos, validez o fuerza obligatoria.

Mediante un trabajo coordinado entre el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), en representación del Ministerio de Salud, y la Superintendencia de Seguridad Social, se definieron los datos que contienen los nuevos formularios de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), y consensuó un diseño y contenido de los formularios, según informó el Ministerio de Salud, mediante el ORD. B52 N°/192, de 16 de enero de 2009, de la Subsecretaría de Salud Pública.

a) La estructura de los formularios DIAT y DIEP está dividida en las siguientes áreas o zonas:

"Encabezamiento" que corresponde a la Identificación del documento, incluye los datos que identifican al documento y al caso específico; "Identificación del Empleador", datos del empleador del trabajador/a accidentado o enfermo/a, según corresponda; "Identificación del Trabajador/a", datos del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, según corresponda; "Datos del Accidente o de la Enfermedad", registro de la fecha o periodo, el lugar y las circunstancias en que ocurrió el accidente o se originó la enfermedad e "Identificación del Denunciante", datos de la persona que materializó la denuncia del accidente o de la enfermedad.

b) Los datos que contienen los nuevos formularios DIAT y DIEP, son los siguientes:

i) En el ENCABEZAMIENTO:

- Código del Caso: cada organismo asignará un código específico al caso, mientras no esté en funcionamiento el sistema de información Base de Datos Ley N°16.744. Este código deberá identificar a todos los documentos que emitan durante todo el proceso de tratamiento y resolución del caso.
- Fecha de Emisión: Fecha en que se llena el formulario, DIAT o DIEP, según corresponda.
- Folio de la DIAT o la DIEP: Debe ser asignado por el respectivo organismo administrador.

ii) En IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR:

- Nombre o Razón Social de la entidad empleadora o empleador del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- RUT de la entidad empleadora o empleador.
- Dirección del domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz.
- Comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
- Número de teléfono del domicilio oficial de la entidad empleadora.
- Actividad Económica que desarrolla la entidad empleadora.
- N° de trabajadores que se desempeñan en la entidad empleadora, precisando cuántos hombres y cuántas mujeres son.
- Propiedad de la entidad empleadora, informar si es pública o privada.
- Tipo de entidad empleadora, informar si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios. Y en caso de que sea contratista o subcontratista, se debe señalar la actividad que desarrolla la empresa principal.

En caso de trabajadores independientes, la "ZONA B" de Identificación del Empleador, de los documentos electrónicos de cargo del organismo administrador, se debe completar de la siguiente forma:

- Nombre o Razón Social: registrar el nombre de trabajador independiente.
- RUT: registrar el RUT del trabajador independiente.
- Dirección: registrar la dirección informada por trabajador independiente.
- Teléfono: registrar el número de teléfono informado por el trabajador en la "Zona C" de Identificación del Trabajador/a.
- Actividad Económica: registrar el código y el texto de la actividad económica informada por trabajador independiente.
- Número trabajadores: informar "1". Si el trabajador es de sexo masculino, informar con número "1" en

"Número trabajadores hombres" y 0 en "Número de trabajadores mujeres", y viceversa si es una trabajadora.

- Propiedad de la empresa: registrar "1. Privada".
- Tipo empresa: registrar "1. Principal" y, en actividad económica secundaria: registrar el código y texto de la actividad económica informada por el trabajador independiente.

iii) En IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A):

- Nombre del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Documento de identidad del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a). Se sustituye "RUN o RUT" por "documento de identidad", a contar del 1° de abril de 2018.
- La estructura de este campo se conforma por: a) Origen de la identificación, el cual tiene dos posibles valores (1) Nacional y (2) Extranjero; b) Identificador, el cual corresponde a string de máximo 15 caracteres. Cuando el origen de la identificación sea del tipo (1), se aplicará la validación del módulo 11 al identificador. Cuando el origen de la identificación sea del tipo (2), se aceptará el identificador sin la validación del módulo 11.
- Cuando el identificador tenga más de 15 caracteres, se colocarán los primeros 15, contando del extremo izquierdo.
- El orden de prelación de ingreso de los documentos, en el caso de no contar con número de cédula de identidad, es primero el documento de identidad equivalente para los países de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Uruguay, Paraguay y Perú; en segundo lugar, el número de pasaporte y en tercer lugar, cualquier otro documento.
- En caso que el organismo administrador tome conocimiento de que el trabajador obtuvo número de cédula de identidad, se deberá enviar una nueva versión de los documentos DIAT/DIEP-OA, RECA, ALLA y ALME a SISESAT, bajo el mismo CUN. En el caso del documento RELA se podrá realizar cualquiera de las siguientes acciones: a) Anular los documentos RELA enviados al SISESAT y enviar las nuevas versiones con el número de cédula de identidad, b) Enviar una nueva RELA que resuma los envíos anteriores; y c) Enviar una nueva versión de todas las RELA sin anular las anteriores.
- Dirección del domicilio del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Comuna que corresponde a la dirección del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Número telefónico del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Sexo del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Fecha de Nacimiento del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Pueblo originario al que pertenece el trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a), cuando corresponda.
- Nacionalidad del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Profesión u Oficio del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Antigüedad en la entidad empleadora cuando se accidentó o enfermó.
- Tipo de Contrato del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Tipo de ingreso que percibe el trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).
- Categoría Ocupacional del trabajador(a) accidentado(a) o enfermo(a).

iv) En DATOS DEL ACCIDENTE: (sólo DIAT)

- Fecha en que ocurrió el accidente.
- Hora en que ocurrió el accidente.
- Hora de ingreso al trabajo del trabajador(a) accidentado(a).
- Hora de salida del trabajo del trabajador(a) accidentado(a).
- Dirección donde ocurrió el accidente.
- Comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
- Señalar qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente.

- Señalar el lugar preciso donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar).
- Describir ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?
- Señalar cuál era el trabajo habitual del trabajador(a) accidentado(a).
- Señalar si al momento del accidente el trabajador/a accidentado(a) desarrollaba su trabajo habitual.
- Clasificación del Accidente: como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art.76 de la Ley N°16.744), o como "Otro", si no lo es.
- Tipo de Accidente: del Trabajo o de Trayecto.
- Para un Accidente de Trayecto, indicar tipo de Accidente de Trayecto de que se trata, el medio de prueba que se presenta, y detalles de éste.

v) En DATOS DE LA ENFERMEDAD: (sólo DIEP)

- Describir las molestias o síntomas que tiene al momento de la denuncia el trabajador(a).
- Indicar el número de días o meses o años que el trabajador(a) ha tenido las molestias o síntomas.
- Indicar si había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente.
- Informar la parte del cuerpo afectada.
- Describir el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.
- Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.
- Indicar si existen compañeros de trabajo con las mismas molestias.
- Indicar qué cosas o agentes del trabajo cree que le causan estas molestias.
- Indicar cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo.

vi) En IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE:

- Nombre de la persona que extiende la Denuncia o Denunciante.
- RUN o RUT de la persona que extiende la Denuncia o Denunciante
- Número de teléfono del Denunciante.
- Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley N°16.744: empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
- Firma de la persona que denuncia.

3. Tipos de presentación de los formularios DIAT y DIEP

La DIAT y DIEP podrán originarse utilizando un formulario papel o un formulario electrónico, los cuales tienen un contenido equivalente y sólo cambia su forma de presentación.

a) Formulario papel

Los organismos administradores deberán mantener un stock permanente de formularios de denuncias DIAT y DIEP impresos, a disposición de sus empresas adheridas o afiliadas, así como en sus centros de atención al público, en sus centros asistenciales y en aquellos con los que tengan convenios de atención. Asimismo, las empresas con administración delegada deberán imprimir y mantener un stock adecuado de los formularios DIAT y DIEP en sus centros de atención asistencial.

Dichos organismos deberán, además, mantener los elementos que permitan completar los formularios DIAT y DIEP, a quien lo requiera, y obtener las copias necesarias.

Por otra parte, las personas que atiendan público o reciban consultas, en los centros señalados en el párrafo anterior, deberán estar capacitados acerca del procedimiento de denuncia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, a fin de atender adecuadamente las consultas que se les formulen.

El Instituto de Seguridad Laboral proveerá los formularios DIAT y DIEP en papel a los Servicios de Salud, para que éstos

los mantengan en sus centros de atención asistencial.

Sin perjuicio de lo anterior, dichos organismos deberán mantener en sus respectivos sitios web institucionales, a disposición del público, los formularios de DIAT y DIEP y ponerlos a disposición de sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas, según corresponda, para que éstas puedan imprimirlos y denunciar los accidentes o enfermedades que les ocurran, a causa o con ocasión del trabajo, a sus trabajadores así como también puedan hacerlo los trabajadores independientes cotizantes del Seguro de la Ley N°16.744.

Los formularios DIAT y DIEP en formato papel, ya sea aquéllos que forman parte del stock de impresos que deben mantener los organismos administradores o aquéllos que pueden ser impresos desde los respectivos sitios web de los organismos administradores, deberán ajustarse al contenido señalado en el N°2 precedente. Para los efectos de facilitar y optimizar la impresión de estos formularios de denuncia, en el Anexo N°2 "Denuncia individual de accidentes del trabajo y Denuncia individual de enfermedad profesional", se adjuntan las especificaciones técnicas para la impresión de dichos formularios, así como una muestra impresa de ambos.

b) DIAT Y DIEP Electrónica

En relación a la DIAT y DIEP como documento electrónico, ya sea que ésta se haya originado electrónicamente o se refiera al formato a través del cual los organismos administradores deberán remitir los datos al SISESAT, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°3 "DIAT y DIEP electrónica".

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar la DIAT y DIEP electrónica se encuentran en la dirección <http://www.suseso.cl>.

4. Remisión de la DIAT y DIEP al SISESAT

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán remitir al SISESAT todas las denuncias originadas respecto del mismo caso, sin perjuicio que éstos deban luego remitir una denuncia consolidada que dé cuenta sistematizadamente de los datos contenidos en los formularios de denuncia que se refieran al mismo caso concreto. Será este último documento electrónico consolidado al que se le aplicarán las validaciones del sistema de información.

Si durante el tratamiento médico de las secuelas de un accidente del trabajo, o de una enfermedad profesional, el trabajador sufre un nuevo accidente mientras se encuentra en los establecimientos asistenciales del organismo administrador o de los centros médicos con los que mantiene convenio, o en los traslados de ida y regreso a dichos centros, ese nuevo siniestro debe ser considerado como un hecho distinto del accidente o enfermedad primitivos, por lo que deberá generarse una Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y una Resolución de Calificación de Origen de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (RECA) independiente, para la calificación de esa nueva contingencia. Sin embargo, los días perdidos producto de ese nuevo accidente, en la parte que excedan el reposo prescrito en virtud del accidente del trabajo o enfermedad profesional primitivos, no deberán imputarse a la siniestralidad efectiva de la entidad empleadora.

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán registrar en sus propios sistemas, la identificación del caso, los datos del trabajador, los datos del empleador, según corresponda, los datos relacionados con el accidente o enfermedad, más todos aquellos datos relevantes de las actividades de proceso anteriormente mencionadas; debiendo construir en base a ello, los documentos electrónicos XML antes señalados, de acuerdo a las especificaciones que se entregan.

Será obligación de los organismos administradores y de los administradores delegados remitir al SISESAT el documento electrónico respectivo (XML), ajustándose al esquema definido para estos efectos en el número 2. anterior, para lo cual podrán darse dos posibilidades:

- a) Que el documento original sea generado en soporte papel, en este caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado, integrar los datos de éste en el documento electrónico respectivo y luego remitirlo al sistema de información. Dicho proceso resulta de especial relevancia, puesto que en esta actividad se estará generando una copia electrónica del original en papel, bajo la responsabilidad de la entidad que efectúe dicho proceso. Es por ello que, para todos los efectos, se requiere que el documento original en soporte papel sea debidamente almacenado y custodiado por el respectivo organismo administrador o del administrador delegado, según la normativa legal vigente, o
- b) Que el documento original sea generado electrónicamente, en cuyo caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado recepcionar, almacenar y remitir al sistema de información el documento electrónico respectivo. En este caso, además de cumplir con las especificaciones propias del esquema oficial, se deberán cumplir las normas asociadas al uso de documento electrónico que establece nuestra legislación.

Cuando un organismo administrador o administrador delegado remita una denuncia, el SISESAT le asignará un Código Único Nacional (CUN), de forma tal que luego será responsabilidad del propio organismo administrador o del administrador delegado, enviar todo documento electrónico que diga relación con tal denuncia, referenciándolo al código señalado, a efectos de poder conformar el expediente respectivo.

5. Plazo de remisión de las denuncias al sistema

Las denuncias generadas electrónicamente deberán ser remitidas inmediatamente en formato electrónico al SISESAT, y aquellas emitidas en formato papel deberán ser remitidas en formato electrónico, en un plazo de 5 días hábiles, contado desde la fecha de emisión de la respectiva denuncia.

Los organismos administradores y administradores delegados tendrán la obligación de remitir, de manera adicional a las denuncias originadas por el empleador, trabajador o un tercero (denominadas en el SISESAT, DIAT_OE o DIAT_OT y DIEP_OE o DIEP_OT, respectivamente), las denuncias denominadas DIAT_OA y DIEP_OA, que es el documento electrónico que consolida y complementa la información recepcionada en las denuncias mencionadas previamente, y que es originada directamente por el propio organismo administrador o por el administrador delegado, para lo cual éstos deberán incorporar información de sus sistemas, codificar y consolidar datos.

Éstas deberán ser remitidas en el plazo de 10 días corridos, contados desde el día en que se haya ingresado la primera denuncia de accidente o enfermedad en el Sistema de Información y por lo tanto, se le ha asignado el número correlativo con el cual se abrió el expediente respectivo, que se denomina Código Único Nacional o "CUN".

CAPÍTULO III. Reposo Laboral (RELA)

1. Concepto

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 73, letra d) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en todos los casos en que a consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, se requiera que el trabajador guarde Reposo Laboral (RELA), durante uno o más días, el médico a cargo de la atención del trabajador deberá extender una 'Orden de Reposo Ley N°16.744', tratándose de mutualidades, o de una 'Licencia Médica tipo 5 o 6' para aquellos trabajadores que pertenecen al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), o a una empresa con administración delegada, por los días que requiera guardar reposo y mientras éste no se encuentre en condiciones de reintegrarse a sus labores y jornadas habituales.

2. Documento electrónico de la Orden de Reposo Ley N°16.744 o Licencia Médica

La información del Reposo Laboral (RELA) que deberá ser remitida como documento electrónico se encuentra definida en el Anexo N°4 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con reposo laboral (RELA)".

El Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y los administradores delegados que extienden Licencia Médica tipo 5 o 6 deberán utilizar los datos de ésta, para completar el documento electrónico RELA.

3. Requisitos mínimos de la versión impresa de la Orden de Reposo Ley N°16.744

Las RELA que cada organismo administrador deba emitir, deberán contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°5 "Orden de Reposo Ley N°16.744".

La RELA se deberá emitir en tres copias, para ser entregada al trabajador, al empleador y para control del respectivo organismo administrador.

4. Plazo de remisión de la RELA al sistema

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la orden de reposo laboral (RELA), otorgada a trabajadores con incapacidad temporal producto de los accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde la fecha de emisión de la orden de reposo o licencia médica extendida por el médico.

Para el ingreso de esta información es necesario que haya sido ingresada previamente una DIAT o DIEP, y, por lo tanto, el caso cuenta con el respectivo CUN, código que debe ser incorporado en la RELA.

5. Consideraciones respecto del RELA

- a) Se deben emitir todas las órdenes de reposo Ley N°16.744 o licencias médicas tipo 5 y 6 que sean necesarias hasta que

el trabajador se encuentre en condiciones de reintegrarse a su trabajo o hasta que se le declare la invalidez.

- b) Cada orden de reposo ingresada al Sistema deberá reflejar los días de reposo prescritos por el médico tratante, así como ocurre con la licencia médica tipo 5 y 6.
- c) Cuando el médico establezca la reducción de los días de reposo laboral de una orden de reposo ya emitida, se deberá extender y remitir una nueva orden de reposo asociada al mismo CUN.
- d) Asimismo, en aquellos casos en que el trabajador se encuentre hospitalizado se deberá emitir una orden de reposo Ley N°16.744 o licencia médica tipo 5 y 6, según corresponda.
- e) En aquellos casos en que el trabajador haya sido dado de alta y manifiesta molestias que le impiden reintegrarse a sus labores y jornadas habituales, no siendo atendido por el organismo administrador, viéndose obligado a solicitar atención en otra entidad de salud, donde se le otorga una licencia médica, y la Superintendencia de Seguridad Social determina que el alta que le otorgó el organismo administrador fue prematura, dicho organismo deberá contabilizar, en sus sistemas, los días de reposo indicados en dicha licencia e informarlos al SISESAT.
- f) Igual procedimiento que el señalado en la letra e) anterior deberá seguirse en aquellos casos que al organismo le corresponda dar atención a un trabajador por la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

CAPÍTULO IV. Certificado de Alta Laboral (ALLA)

1. Concepto

De acuerdo con lo establecido en letra g), del artículo 73, del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se entenderá por "Alta Laboral", la certificación del organismo administrador de que el trabajador está capacitado para reintegrarse a su trabajo, en las condiciones prescritas por el médico tratante.

2. Documento electrónico del Alta Laboral (ALLA)

La información del ALLA que debe ser remitida como documento electrónico se encuentra contenida en el Anexo N°6 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta laboral (ALLA)".

3. Requisitos mínimos de la versión impresa del ALLA

Los certificados de ALLA que cada organismo administrador debe emitir, deberán contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°7 "Certificado de alta laboral Ley N°16.744".

Este documento se debe emitir en tres copias, para ser incluido en la ficha médica del trabajador y ser entregado a éste y a su empleador.

4. Plazo de remisión de la ALLA al sistema

Los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la ALLA, otorgado a trabajadores por accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde el día en que se extienda el certificado de Alta Laboral al trabajador.

5. Consideraciones respecto del ALLA

- a) Se deberá emitir el certificado de Alta Laboral cuando el médico considera que el trabajador se encuentre en condiciones de reintegrarse a su jornada de trabajo y labor habitual.
- b) En aquellos casos en que el profesional de la salud que atiende o evalúa al trabajador en la primera atención médica, determina que éste no requiere guardar reposo y que puede reintegrarse de inmediato a su trabajo, es decir, el mismo día de la atención, se deberá registrar en el ALLA que se ha otorgado un "Alta Inmediata".
- c) La fecha del Alta Laboral corresponde al día siguiente a la fecha de término de la última licencia médica u orden de reposo extendida al trabajador. Lo anterior, es sin perjuicio que efectivamente este día sea o no un día laboral.

CAPÍTULO V. Certificado de Alta Médica (ALME)

1. Concepto

De acuerdo a lo establecido en el artículo 75 del D.S. N°101, "Se entenderá por "Alta Médica", la certificación del médico tratante del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico."

Dicha certificación debe pronunciarse en torno a la existencia o no de secuelas producto de un accidente o de la irreuperabilidad de una enfermedad, que deban ser evaluadas.

2. Documento electrónico del ALME

La información del ALME que debe ser remitida como documento electrónico, se encuentra definida en el Anexo N°8 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta médica (ALME)".

3. Requisitos mínimos de la versión impresa del ALME

El médico tratante del respectivo organismo administrador deberá emitir el ALME, el que deberá contener como mínimo la información que se señala en el Anexo N°9 "Certificado de alta médica Ley N°16.744".

4. Plazo de remisión de la ALME al sistema

Los administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la ALME, otorgado a los trabajadores que han recibido atención médica por accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde el día en que el médico extienda el certificado de Alta Médica al trabajador.

Este documento se debe emitir en tres copias, para ser entregada al trabajador, al empleador y para el expediente del respectivo organismo administrador, debiendo considerar su inclusión en el expediente que debe preparar para enviar a la COMPIN o las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, cuando el caso deba ser evaluado.

El Certificado de Alta Médica deberá imprimirse en el caso que se haya emitido al trabajador por el término de los tratamientos. No es obligación imprimir el ALME cuando corresponda a un cierre de caso por derivación por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, por abandono de tratamiento, por fallecimiento del trabajador u otro motivo.

5. Consideraciones respecto del ALME

- a) Se instruye el envío del Alta Médica en los casos en que el médico tratante certifique el término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico (artículo 75 del D.S. 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social). Lo anterior también será aplicable a aquellos casos en que con anterioridad a la emisión del alta médica se otorgó el alta laboral.
- b) No corresponde el envío del Alta Médica en aquellos casos calificados como de origen común, no se detecta enfermedad o accidente sin lesión.
- c) Cuando al cabo de 52 semanas de extensión del subsidio o 104 semanas, en su caso, no se hubiere logrado la curación y/o rehabilitación del trabajador, se presumirá que éste presenta un estado de invalidez (artículo 31, Ley N°16.744), y se deberá extender el ALME.

Se entiende por invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar en actividad" (artículo 3º, D.S. N°109, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).

El organismo administrador deberá solicitar o iniciar, según el caso, la declaración, evaluación o reevaluación de las incapacidades permanentes, a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes al "Alta Médica" (artículo N°75, D.S. N°101).

CAPÍTULO VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA)

1. Conceptos

La resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales RECA, es el documento emitido por el respectivo organismo administrador (mutualidades, Instituto de Seguridad Laboral, Servicios de Salud y Seremis de Salud), así como las empresas con administración delegada, luego de determinar el origen común o laboral del accidente o la enfermedad.

En relación al procedimiento de calificación, las opciones que tiene el organismo administrador para informar el origen de los accidentes y enfermedades denunciados son:

- a) (1) Accidente del trabajo
- b) (2) Accidente de trayecto
- c) (3) Enfermedad profesional
- d) (4) Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad
- e) (5) Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente
- f) (6) Accidente común
- g) (7) Enfermedad común
- h) (8) Siniestro de trabajador no protegido por la Ley N°16.744
- i) (9) Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad
- j) (10) Accidente de dirigente sindical en cometido gremial
- k) (11) Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo
- l) (12) No se detecta Enfermedad
- m) (13) Derivación a otro organismo administrador
- n) (14) Incidente laboral sin lesión
- o) (15) Accidente ocurrido a causa o con ocasión, calificado como de origen común, y
- p) (16) Accidente de trayecto calificado como de origen común

Los organismos administradores desde marzo de 2021 no deben utilizar en la RECA la causal "(6). Accidente común", ya que ésta ha sido reemplazada por las opciones 15 y 16, las que consideran, respectivamente, los accidentes denunciados como a causa y con ocasión del trabajo y de trayecto que, son calificados como de origen común.

Las definiciones son las siguientes:

a) Accidente del trabajo

De acuerdo a lo establecido en el artículo 5° de la Ley N°16.744, se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de su trabajo, y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. Se excluyen los accidentes ocurridos a dirigentes sindicales en el desempeño de sus labores sindicales, y los accidentes de trayecto, los que se incluyen en otras opciones.

b) Accidente de trayecto

Se entenderá por accidente de trayecto a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores, que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte.

c) Enfermedad profesional

Se entenderá por enfermedad profesional a toda aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. Incluye especialmente a las enfermedades que sin causar reposo laboral generan incapacidad permanente.

d) Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad

Se entenderá por accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra a causa o con ocasión de su trabajo, cuando el profesional competente determina que el trabajador no requiere guardar reposo, no le produzca una incapacidad temporal ni permanente y puede reintegrarse de inmediato a su trabajo.

e) Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente

Se entenderá por enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente, a toda aquella enfermedad causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona cuando el profesional competente determina que ésta no le genera una incapacidad temporal ni permanente.

f) Accidente común

Se entenderá por accidente común a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra a causa o con ocasión de situaciones, condiciones o factores no laborales, estando excluidos, por tanto, de esta clasificación aquellos que permitan su calificación como un accidente del trabajo o accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad, o accidente de trayecto o accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad, independientemente de las consecuencias de dicha lesión.

Esta definición comprende los tipos de calificación (15) Accidente ocurrido a causa o con ocasión, calificado como de origen común y (16) Accidente de trayecto calificado como de origen común.

g) Enfermedad común

Se entenderá por enfermedad común a toda aquella causada por situaciones, condiciones o factores no laborales, es decir, no atribuibles en forma directa a las condiciones de trabajo, independientemente de las consecuencias de dicha enfermedad, estando excluidos, por tanto, de esta clasificación aquellas que permitan su calificación como una enfermedad profesional o enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente, independientemente de las consecuencias de dicha lesión.

h) Siniestro de trabajador no protegido por la Ley N°16.744

Se entenderá por siniestro de trabajador no protegido por la Ley N°16.744 a aquel accidente o enfermedad que tiene su origen en el trabajo, sin embargo, el accidentado o enfermo no es un trabajador dependiente, o es un trabajador independiente que no se encuentra cubierto por el Seguro de la Ley N°16.744.

i) Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad

Se entenderá por accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores, cuando el profesional competente determina que el trabajador no requiere guardar reposo, no le produzca una incapacidad temporal ni permanente y puede reintegrarse de inmediato a su trabajo.

j) Accidente de dirigente sindical en cometido gremial

Se entenderá por accidente de dirigente sindical en cometido gremial aquellos sufridos por los dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales. Esta clasificación es de excepción y su uso está regulado por la normativa y jurisprudencia vigente.

k) Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo

Se entenderá por accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo aquellos que afecten a un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 que no tengan relación alguna con el trabajo, sin embargo, afectan al trabajador durante el desempeño de su labor o mientras está en el lugar de trabajo. Esta clasificación es de excepción y su uso está regulado por la normativa y jurisprudencia vigente.

l) No se detecta Enfermedad

Se entenderá que no se detecta enfermedad cuando el médico tratante luego de analizar el caso considerando los resultados de las evaluaciones que estimó necesarios para determinar la existencia de alguna enfermedad, ya sea de origen laboral o común, no se detecta enfermedad.

m) Derivación a otro organismo administrador

Esta opción de calificación se deberá utilizar en aquellos casos en que la denuncia DIAT o DIEP realizada involucra a un trabajador de una empresa adherida o afiliada a un organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 distinto al que la informó originalmente al SISESAT.

En aquellos casos en que durante el proceso de calificación se advierta que la entidad empleadora no se encuentra afiliada o adherida al organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, éste deberá calificar el caso utilizando la tipología 13 de "derivación a otro organismo administrador", sin resolver sobre el origen laboral o común de la denuncia.

Cuando se tenga conocimiento del organismo en que se encuentra afiliada o adherida la entidad empleadora del trabajador involucrado, el organismo administrador que realizó las primeras atenciones deberá enviar toda la información del caso al organismo administrador que le corresponde resolver, sin perjuicio de que este último pueda, de propia iniciativa, solicitar dichos antecedentes cuando reciba un trabajador derivado con calificación tipo 13.

n) Incidente laboral sin lesión

Se entenderá como incidente laboral sin lesión a aquel en que un trabajador recibe una primera atención por parte del organismo administrador, dada la naturaleza laboral del evento. No obstante, el médico tratante considerando los resultados de las evaluaciones que estimó necesarios, no detecta lesión física ni mental.

o) Definiciones complementarias

- i) Incapacidad temporal es aquella que le impide al trabajador reintegrarse temporalmente a su labor y jornada habitual.
- ii) Labores y jornadas habituales son aquellas que el trabajador realizaba normalmente antes del inicio de la incapacidad laboral temporal.
- iii) Incapacidad permanente o invalidez es aquella que le produce al trabajador una pérdida de capacidad de ganancia presumiblemente permanente o irrecuperable y que puede dar derecho a indemnización o pensión.

2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador

La información de la RECA que debe ser remitida como documento electrónico, cualquiera haya sido su origen -en formato electrónico o papel-, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°10 "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)".

Solo procederá modificar la fecha de calificación cuando se recalifique el origen de la patología, es decir, cuando se emita una nueva RECA con el objeto de modificar la causal de calificación. Por lo tanto, si la emisión de una nueva RECA obedece a una razón distinta, se deberá mantener la fecha de calificación.

La inclusión de la Zona G "Diagnóstico", es obligatoria, debiéndose codificar el diagnóstico mediante el uso de CIE-10 y la clasificación de parte del cuerpo, en todas las resoluciones de calificación. Si se presentan múltiples diagnósticos relacionados con el accidente o la enfermedad, todos deben ser consignados y remitidos en el documento electrónico, precisándose respecto de cada uno de ellos, su código diagnóstico, ubicación, código de ubicación, fecha y origen laboral o común. En primer lugar, deben consignarse los diagnósticos calificados como de origen laboral, si los hubiere, priorizando según la *lex artis* médica, los de mayor gravedad o que conlleven la afectación funcional más significativa. No se deben incorporar comorbilidades ni diagnósticos que no hayan sido materia de calificación.

Se debe codificar el accidente utilizando el código forma, agente del accidente, código intencionalidad (CIE-10 causa externa); y la codificación de la enfermedad profesional según el código de agente de enfermedad, para todos los casos calificados como de origen común o laboral.

Los datos del "Diagnóstico Médico" y "Ubicación de la lesión o enfermedad", deberán ser remitidos de manera cifrada.

La zona de identificación del accidente, así como la zona de identificación de la enfermedad en la RECA, son opcionales. No obstante, dichas zonas serán obligatorias en las siguientes situaciones:

- a) Si el caso corresponde a una denuncia de accidente (DIAT) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de una enfermedad, entonces se debe completar la zona de enfermedad.
- b) Si el caso corresponde a una denuncia de enfermedad (DIEP) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de un accidente, entonces se debe completar la zona de accidente.

Si el organismo decide enviar siempre las zonas, el sistema no impide su recepción.

En los casos señalados en las letras a) y b) anteriores, el organismo deberá ingresar siempre la denuncia (DIAT o DIEP) que corresponda a la naturaleza del siniestro (accidente o enfermedad) calificado.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar el documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la RECA, se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Asimismo, para acceder a toda la información y documentación referente al Sistema de Información, los organismos administradores pueden acceder al mismo sitio web.

3. Requisitos mínimos de la versión impresa de la RECA

Es responsabilidad de cada organismo administrador determinar el formato de la versión impresa de la RECA, la que, en todo caso, deberá contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°11 "Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744".

En la medida que el organismo administrador determine que la versión impresa contendrá datos adicionales a los indicados en el citado anexo, éste deberá velar por la protección de los datos personales, en los términos establecidos en la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada. En virtud de lo anterior, por ejemplo, la versión impresa de la resolución que se remita al empleador no podrá contener información asociada al diagnóstico médico.

- a) No será exigible la obligación de registrar el CUN en la versión impresa del formulario RECA en aquellos casos en que se entrega la calificación al trabajador al momento de ser atendido, ya sea cuando el profesional competente determina que no requiere reposo médico y autoriza al trabajador a reintegrarse a su trabajo en forma inmediata, o define que es un siniestro de origen común.

En estos casos, el organismo administrador entregará el formulario impreso sin registrar el número CUN y en caso de que el trabajador requiera conocer dicho código, cada organismo deberá establecer el mecanismo para responder en forma oportuna a este requerimiento.

- b) En el nombre del "Calificador" sólo debe indicarse el nombre del respectivo organismo administrador en la versión en papel de la RECA. No obstante, el nombre del "Calificador" debe quedar registrado en el documento electrónico y por tanto, en el SISESAT.
- c) En aquellos casos en que la Superintendencia de Seguridad Social haya resuelto acoger una apelación a una Resolución de Calificación del origen de un accidente o una enfermedad, se deberá emitir una nueva Resolución de Calificación, registrando en el recuadro "Indicaciones para el Trabajador y/o Empleador" de la sección D. "Datos de la Resolución", el número y fecha del oficio mediante el cual fue instruida la modificación de ésta, sin anular la anterior resolución.
- d) Con el propósito de que el trabajador afectado, sus familiares y el empleador sepan que se puede apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la calificación establecida por el organismo administrador, se deberá incluir al final de la Resolución de Calificación del origen, versión impresa, un texto que indique dónde se puede apelar y en qué plazo.
- e) Considerando lo señalado, la versión impresa de la Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744 (RECA), deberá contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°11 "Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744".

4. Plazo de remisión de la RECA al sistema

Los organismos administradores (mutualidades de empleadores, Instituto de Seguridad Laboral y empresas con administración delegada), deberán remitir al sistema, por medio de documento electrónico, la información asociada a las resoluciones de calificación del origen de los accidentes denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos contado desde la fecha de su emisión.

Tratándose de accidentes en los que el cuerpo del trabajador se encuentra desaparecido, el E-doc 7 RECA deberá mantenerse pendiente de envío y sólo deberá emitirse una vez que se disponga del documento que acredite la muerte presunta del trabajador o la comprobación judicial de la muerte, según corresponda.

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.

CAPÍTULO VII. Documento de Reingreso

- 1. El documento de reingreso Anexo N°12 "Documento electrónico por medio del cual se remite información del documento de reingreso.", complementa en el sistema la información de aquellos trabajadores que requieren prestaciones médicas, luego de otorgada un Alta Médica.
- 2. Consideraciones respecto al documento de reingreso
 - a) Se deberá emitir en todos los casos en que un trabajador solicite ser reincorporado a tratamientos, posterior a la emisión de un Alta Médica.
 - b) En dicho documento se deberá registrar si la solicitud de reingreso a tratamientos fue aceptada o rechazada, señalando adicionalmente los diagnósticos establecidos en dicha evaluación.
 - c) En los casos en que se modifique la resolución de calificación, se deberá emitir un nuevo documento RECA a través de SISESAT.
 - d) El documento de reingreso se deberá emitir en un plazo de 48 horas desde la fecha de presentación del trabajador.

CAPÍTULO VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5).

- 1. El documento de prescripción de medidas es el que emite el organismo administrador al empleador y que tiene como objetivo formalizar la prescripción de medidas dirigidas a corregir las deficiencias detectadas en materia de seguridad y salud en el trabajo. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°13 "Prescripción de medidas", de la Letra H, Título I del Libro IX.

El plazo para la remisión del documento electrónico de la prescripción de medidas al SISESAT, será de 10 días corridos, contado desde la fecha de la prescripción de las medidas a la entidad empleadora, de acuerdo a lo señalado en el número 8, del Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III.

2. El documento de verificación del cumplimiento de medidas prescritas, contiene el resultado de la revisión por parte del organismo administrador del cumplimiento de las medidas indicadas al empleador. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°14 "Verificación de medidas", de la Letra H, Título I del Libro IX.

El plazo para su remisión es de 10 días corridos, contado desde la fecha de verificación de la implementación de las medidas por parte del organismo administrador, de acuerdo a lo señalado en el número 8 del Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III.

3. El documento de notificación a la autoridad, corresponde a aquél que certifica la notificación por parte del organismo administrador a la Inspección del Trabajo o la SEREMI de Salud, en caso de que la entidad empleadora no implemente las medidas correctivas o no las realice en el tiempo y con la calidad esperada. Además, el organismo administrador deberá indicar las medidas que toma para sancionar a la entidad empleadora. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°15 "Notificación a la autoridad".

El plazo para su remisión, es de 10 días corridos, contado desde que se detecta el incumplimiento, en la fecha de verificación de la implementación de las medidas.

4. El documento recargo de la tasa de cotización adicional (RETA), corresponde a aquel que contiene los antecedentes referidos al recargo que deberán aplicar las mutualidades de empleadores y las SEREMI de Salud, cuando el empleador no ha implementado las medidas prescritas por el organismo administrador. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°56 "Recargo de la tasa de cotización adicional", de la Letra H, Título I del Libro IX.

CAPÍTULO IX. Resolución de Incapacidad Permanente (REIP)

1. Concepto

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la REIP es el documento emitido por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, para la declaración, evaluación, reevaluación o revisión de las incapacidades permanentes, que debe contener los antecedentes y ajustarse al formato, determinado por la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Contenido de la REIP

La estructura del formulario consta de las siguientes áreas o zonas: Encabezamiento, que corresponde a la identificación del documento; A. Identificación del caso, en éste se debe indicar si la incapacidad que se evalúa se originó en un accidente o una enfermedad laboral y la fecha del accidente laboral o del diagnóstico de la enfermedad profesional; B. Identificación del Trabajador/a, datos del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, según corresponda; C. Identificación de la última entidad empleadora, datos del último empleador del trabajador/a accidentado o enfermo/a, según corresponda y nombre del organismo administrador al que dicho empleador se encontraba adherido o afiliado; D. Datos de la evaluación de la incapacidad permanente actual, registro de la fecha de solicitud de la evaluación, tipo de evaluación, diagnósticos, secuelas, entre otros; y, E. Identificación del Calificador, datos del Ministro de fe y Presidente de la Comisión.

Los datos que contiene el formulario en cada zona son los siguientes:

a) Encabezamiento

- Número de la Resolución: Número asignado por la COMPIN o la Comisión evaluadora de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, según corresponda.
- Fecha de la resolución: Día, mes y año en que fue emitida la resolución (dd-mm-aaaa).

b) Zona A. Identificación del Caso

- Indicar si la incapacidad que se evalúa es producto de una Enfermedad Profesional, un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto.
- Fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad: Día, mes y año (dd-mm-aaaa) en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad.

c) Zona B. Identificación del Trabajador/a

- Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno del trabajador/a o ex trabajador/a.
- RUN o RUT del trabajador/a o ex trabajador/a
- Dirección del trabajador/a: Datos del domicilio del trabajador/a o ex trabajador/a (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad).

- Comuna: Comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a o ex trabajador/a
- Número de teléfono: Número telefónico del trabajador/a o ex trabajador/a
- Sexo: Sexo del trabajador/a o ex trabajador/a
- Edad: Edad del trabajador/a o ex trabajador/a, en años y meses cumplidos a la fecha de la evaluación de la incapacidad.
- Profesión u Oficio: Profesión u oficio del trabajador/a o ex trabajador/a

d) Zona C. Identificación de la última Entidad Empleadora

- Nombre o Razón Social: Datos de la última entidad empleadora en que estuvo contratado el trabajador/a o ex trabajador/a accidentado o enfermo.
- RUT: RUT de la última entidad empleadora.
- Nombre del organismo administrador: Nombre del organismo administrador del Seguro Ley N°16.744 al cual está afiliada o adherida la última entidad empleadora o nombre de la empresa con administración delegada, según corresponda.

e) Zona D. Datos de la Evaluación de Incapacidad Permanente actual

- Fecha Solicitud de la Evaluación: Día, mes y año en que se solicitó la evaluación (dd-mm-aaaa).
- Evaluación Solicitada por: Entidad o persona que solicita la evaluación
- Tipo de evaluación. Las alternativas de tipos de evaluación son:
 - Primera Evaluación: Cuando la incapacidad laboral presumiblemente permanente que presenta la persona se evalúa por primera vez, no habiendo sido ésta evaluada previamente por alguna incapacidad de la Ley N°16.744.
 - Revisión: Nueva evaluación de la incapacidad permanente que se realiza por agravación, mejoría o error en el diagnóstico (art.63 Ley 1.744),
 - Reevaluación: Evaluación que se realiza a una persona que tiene una invalidez profesional que ya fue evaluada y que sufrió un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional (art.61 Ley 16.744), o cuando a la primitiva invalidez le suceda otra u otras de origen no profesional (art.62 Ley 16.744).
 - Resolución COMERE: Resolución de la Comisión Médica de Reclamos de la Ley N°16.744 (COMERE) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.
 - Dictamen SUSESOS: Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.
- Informar si el accidente o la enfermedad se produjo u originó o no en la última entidad empleadora.

En el caso que el accidente o la enfermedad no se haya producido en la última entidad empleadora, se debe informar el Nombre o Razón Social de la entidad empleadora en que ocurrió el accidente y, en caso de enfermedad donde estuvo expuesto al riesgo.

En caso de enfermedad, de existir distintas entidades empleadoras donde estuvo expuesto al riesgo, se debe indicar el Nombre o Razón Social de las entidades empleadoras anterior, el RUT y el período de exposición al riesgo en cada una de ellas, en el formato dd-mm-aaaa (por ejemplo: 01-10-2005 al 31-09-2011).

En caso de ser éstas más de dos entidades empleadoras, de debe agregar un anexo al formulario con la información de las otras entidades empleadoras en que estuvo expuesto al riesgo.
- Evaluación de invalideces múltiples: Informar si se trata o no de la evaluación de invalideces múltiples (art.26, D.S. N°109).
- Diagnósticos: Se deben señalar el o los diagnósticos médicos. En caso de accidente, se deben señalar las secuelas asociadas. Asimismo, se debe señalar el grado de incapacidad determinado para cada invalidez.

En caso de existir más de tres diagnósticos que generan incapacidad permanente, se debe agregar un anexo al formulario con la información de los otros diagnósticos.
- Ponderaciones: Se debe indicar si para la evaluación se consideraron ponderaciones por Sexo, Edad, Profesión habitual, y Otro, registrando los porcentajes correspondientes.
- Resolución: Señalar el Grado Total de la Incapacidad evaluada, la fecha de inicio de la incapacidad permanente y, si el invalido presenta o no Gran Invalidez.
- Observaciones: en este campo se debe indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea

por mejoría o agravación; el número y la fecha de la(s) Resolución(es) de incapacidad(es) previa(s), en caso de existir, así como las observaciones que se estime necesarias como, por ejemplo, si el trabajador se encuentra pensionado por otro sistema previsional.

f) Zona E. Identificación del Calificador

- Ministro de fe o Secretario de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.
- Presidente de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.

En el Anexo N°16 "Resolución de incapacidad permanente Ley N°16.744." se adjunta el formulario de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744.

3. Notificación de la REIP

Las REIP que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores que corresponda y al interesado, a más tardar dentro del plazo de 5 días hábiles desde su emisión, de acuerdo a lo establecido en el inciso tercero del artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, las resoluciones de incapacidad permanente que emitan las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores, deberán ser notificadas a la o las áreas respectivas de la misma mutualidad y al interesado en el mismo plazo.

4. Remisión de la REIP al sistema

Los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a cada resolución de incapacidad permanente de los trabajadores que han sido evaluados por las secuelas o daños asociados a un accidente y/o una enfermedad, emitidas tanto por las COMPIN como por las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores. Al respecto, se debe tener presente que puede existir una REIP asociada a más de un siniestro, por ejemplo, cuando se reevalúa la incapacidad global de ganancia derivada de dos accidentes del trabajo o un accidente y una enfermedad profesional o viceversa.

5. Información del documento electrónico REIP que debe ser remitido

La información asociada a la REIP que debe ser remitida como documento electrónico, corresponde a la indicada en el Anexo N°17 "Documento electrónico de la Resolución de Incapacidad Permanente REIP".

Respecto del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos establecidos en el citado anexo, se deberán tener presente las definiciones contenidas en el número 3, del Capítulo I, de la Letra B, de este Título.

La clave de ingreso al SISESAT del documento electrónico REIP, será el RUN del trabajador. Sin perjuicio de lo anterior, cada uno de los diagnósticos evaluados deberán ser asociados al respectivo CUN y ordenados, en forma decreciente, de acuerdo al porcentaje de incapacidad que se le hubiere fijado individualmente.

Previo a su remisión, los organismos administradores deberán verificar si son correctas las opciones seleccionadas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) en la sección A. "Identificación del caso" y en los campos "Evaluación solicitada por" y "Tipo de evaluación", ambos de la sección C. de la Resolución de Incapacidad Permanente Ley N°16.744. Si constatan que las opciones seleccionadas son inexactas o imprecisas, deberán ingresar en el documento electrónico las que consideren correctas, en las glosas "Evaluación producto de", "Solicitante" y "Tipo de evaluación", de la columna "Validación". De igual modo, cuando las COMPIN omitan seleccionar una opción, los organismos administradores deberán ingresar la que estimen correcta. Lo anterior, no implica modificar el contenido de las resoluciones de incapacidad permanente de la Ley N°16.744.

6. Plazo de remisión de la REIP al sistema

El plazo máximo para remitir las REIP al SISESAT es de 10 días hábiles, contados desde que el organismo administrador recibe la notificación desde la respectiva COMPIN, o desde la fecha de emisión, para el caso de las resoluciones de incapacidad permanentes que sean emitidas por las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores.

CAPÍTULO X. Documento electrónico de evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

1. Concepto

Corresponde al documento electrónico de la evaluación clínica realizada por un médico evaluador para la calificación del origen de la enfermedad denunciada.

La información de la evaluación médica inicial, deberá ser completarse conforme a lo siguiente:

- a) Enfermedades músculo esqueléticas, de acuerdo a lo instruido en el número 1, Capítulo II, de la Letra B del Título III del Libro III.
- b) Enfermedades de salud mental, de acuerdo a lo instruido en el número 1, Capítulo II, de la Letra C, del Título III del Libro III.
- c) Otras patologías, de acuerdo a lo instruido en el número 2, Capítulo IV de la Letra A del Título III del Libro III.

2. Contenido del documento

El documento electrónico de evaluación médica inicial deberá ajustarse, según corresponda, a lo establecido en siguientes:

- a) Anexo N°45 "Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad músculo-esquelética", de la Letra H, Título I del Libro IX;
- b) Anexo N°46 "Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad de salud mental", de la Letra H, Título I del Libro IX, y
- c) Anexo N°58 "Documento electrónico de evaluación médica inicial general", de la Letra H, Título I del Libro IX.

3. Plazo de remisión del documento electrónico de evaluación médica inicial al sistema

El documento electrónico deberá remitirse conjuntamente con el documento RECA, de acuerdo a los plazos estipulados para el envío de éste, en el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, Capítulo VI, de esta Letra B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales.

CAPÍTULO XI. Recargo de la tasa de cotización adicional (RETA)

1. Concepto

El recargo de la tasa de cotización adicional, producto de la configuración del o los incumplimientos de las medidas de seguridad, prevención e higiene, deberá ser aplicado por las mutualidades de empleadores y las SEREMI de Salud conforme a lo señalado en el Capítulo IV. Recargos de la tasa de cotización adicional, de la Letra B. Cotización Adicional Diferenciada, del Título II, del Libro II.

2. Documento electrónico de recargo de tasa de cotización adicional

La información del recargo de tasa de cotización adicional debe ser remitida a los distintos módulos del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), de acuerdo con las siguientes instrucciones:

- a) Módulo de Accidentes y Enfermedades profesionales (SIATEP): cuando se trate de recargos de tasa de cotización adicional por incumplimiento de medidas prescritas por enfermedades profesionales, conforme a lo indicado 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 de este Libro IX.
- b) Módulo de Registro de Accidentes Laborales Fatales (RALF): Cuando se trate de recargos por incumplimiento de medidas prescritas por accidentes graves o fatales, conforme a lo indicado en la Letra C. Módulo de Registro de Accidentes Laborales Fatales (RALF) del Título I de este Libro IX.
- c) Módulo de evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EVAST): Cuando se trate de recargos por incumplimiento de medidas prescritas en el contexto de evaluaciones de ambiente y/o salud, de acuerdo a lo indicado en el Capítulo I. Modelo Operativo Estándar EVAST de la Letra D del Título I de este Libro IX.

Aquellos recargos de la tasa de cotización adicional que se originen a partir de otras actividades de asistencia técnica en prevención de riesgos, deberán ser informados a través del módulo SIATEP. En estos casos no será obligatoria la zona de

accidente de trabajo y enfermedades profesionales.

3. Consideraciones respecto del documento electrónico RETA

- a) El organismo administrador debe enviar al SISESAT, tantos documentos electrónicos RETA como recargos se hayan aplicado, modificado o dejado sin efecto en una entidad empleadora adherente o afiliada.
- b) Para que el documento electrónico RETA sea recepcionado en el SISESAT, el organismo administrador debe considerar las siguientes instrucciones:
 - El documento RETA debe estar vinculado a un CUV de la entidad empleadora.
 - La entidad empleadora a la que se le aplique un recargo y sea informado a través del SISESAT, debe tener creado al menos un CUV para el envío del documento electrónico RETA. En caso de que una entidad empleadora no cuente con un CUV, el organismo administrador debe crearlo.
 - El documento RETA debe identificar el o los CUV que se vean afectados por el incumplimiento.

CAPÍTULO XII. Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo

Corresponde al documento electrónico de la evaluación de puesto de trabajo para la calificación del origen de la enfermedad denunciada, de acuerdo a lo instruido en el Título III del Libro III.

1. Contenido del documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo

El documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo deberá ajustarse al formato establecido en el Anexo N°47: "Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo en enfermedad músculo esquelética", el Anexo N°48: "Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo en enfermedad de salud mental " y el Anexo N°59: "Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo general", todos de la Letra H, del Título I de este Libro IX, según se trate de una enfermedad músculo esquelética, de salud mental u otra patología, respectivamente.

2. Plazo de remisión del documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo

El documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo deberá remitirse conjuntamente con el documento RECA, en el plazo instruido en el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, Capítulo VI, Letra B, Título I del presente Libro IX.

CAPÍTULO XIII. Documento electrónico de la historia ocupacional

Corresponde al documento electrónico del "Formulario historia ocupacional", señalado en el número 4, Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III, el cual deberá ajustarse al formato contenido en el Anexo N°49 "Documento electrónico de la historia ocupacional".

En el caso que se haya efectuado la historia ocupacional de un trabajador, ésta deberá incorporarse en el documento electrónico precedentemente señalado, debiendo remitirse conjuntamente con el documento RECA, en el plazo estipulado para su envío en el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, Capítulo VI, Letra B del presente Título I.

CAPÍTULO XIV. Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad

Corresponde al documento electrónico del "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad", que es emitido por el médico del trabajo o por el comité de calificación según se establece en el número 5, Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III, el cual deberá ajustarse al formato contenido en el Anexo N°50 "Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad".

El documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad deberá remitirse conjuntamente con el documento RECA, en el plazo estipulado para el envío en el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, del Capítulo VI, Letra B del presente Título I.

CAPÍTULO XV. Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de accidente de origen común

Corresponde al documento electrónico del Anexo N°3 "Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto", según se instruye en el número 1, Capítulo IV, Letra A, Título II, del Libro III, el cual deberá ajustarse al formato contenido en el Anexo N°60 "Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto", de la Letra H, Título I del Libro IX.

El señalado documento electrónico deberá remitirse conjuntamente con el documento RECA, en el plazo estipulado para su envío en el número 4. Plazo de remisión de la RECA al sistema, del Capítulo VI, Letra B del presente Título I.

En el caso que se emita el eDoc-143 de investigación de accidentes fatales y graves en el Módulo RALF, no será obligatorio remitir el presente documento.
