

INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL (I.S.L.)

Seguridad Laboral Ley 16744



Gobierno
de Chile

FABIOLA CATALAN MUÑOZ
PREVENCIONISTA DE RIESGOS ISL



❖ **Ley 16.744** incorpora el criterio preventivo, exigiendo y promoviendo acciones tendientes a evitar que ocurran accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

❖ Esta ley es un seguro social **OBLIGATORIO** contra los riesgos del trabajo y enfermedades profesionales.



OBJETIVOS LEY N° 16.744.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Prevenir los accidentes del trabajo y las Enfermedades profesionales.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Si ocurre un Accidente.

- ❖ Otorgar **prestaciones médicas** para curar o sanar al trabajador y restituirle su capacidad de trabajo.
- ❖ **Rehabilitar** profesionalmente al trabajador accidentado o enfermo profesional.
- ❖ Otorgar **prestaciones económicas** en el período de incapacidad como compensación de las consecuencias del accidente o enfermedad profesional, incluyendo el caso de muerte.
- ❖ Reeducar.



PERSONAS PROTEGIDAS BAJO LA LEY N° 16.744.

- ❖ Trabajadores por cuenta ajena.
- ❖ Funcionarios públicos (enero 95)
- ❖ Estudiantes.
- ❖ Trabajadores independientes y trabajadores familiares.



CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR LA LEY.

- Accidentes del Trabajo.



- Enfermedades Profesionales.



ACCIDENTE DEL TRABAJO

Es “ toda **lesión** que una persona sufra a **causa o con ocasión** del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte”. (Art. N° 5)

❖ **CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR LA LEY 16.744**

- Los sufridos por dirigentes sindicales.
- Los sufridos por trabajadores enviados al extranjero.
- Los sufridos por trabajadores enviados a cursos de capacitación ocupacional.

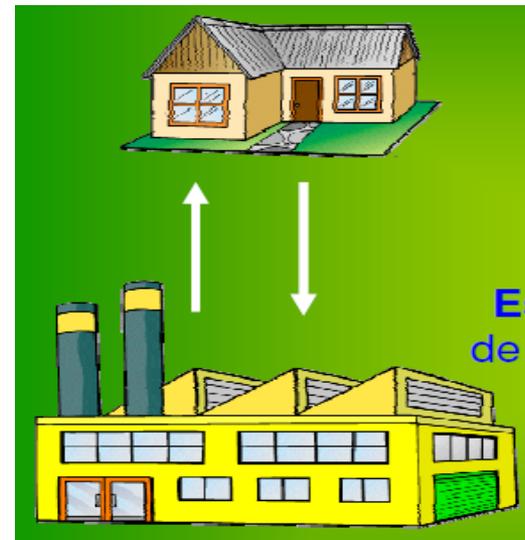
- **Excepciones:**
- **Los causados por Fuerza Mayor Extraña y sin relación con el trabajo de la víctima.**
- **Los producidos Intencionalmente por la Víctima.**



ACCIDENTE DE TRAYECTO.

Definición:

- Son los ocurridos en el **trayecto directo** entre la habitación y el lugar de trabajo y viceversa.





A. Organismos Estatales:

- I.S.L.
- SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
- S.S.

B. Organismos Privados:

- Mutualidades.
- Administración Delegada.



PRESTACIONES QUE OTORGA LA LEY N° 16.744.

- A. Prestaciones Médicas.
- B. Prestaciones Económicas.
- C. Asesoría en Prevención de Riesgos Profesionales.



OBLIGACIONES DE LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES.

- Prescribir todas las medidas de higiene y seguridad en el trabajo que las empresas adheridas deban implantar.
- Aplicar alzas o rebajas de cotización adicional diferenciada. (Decreto N° 67).



OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS.



- Implantar medidas de prevención de riesgos que indique el Organismo Administrador y/o el departamento de prevención de riesgos y Comités Paritarios.
- Establecer y mantener al día Reglamento Interno de Higiene y Seguridad.
- Establecer el Departamento de Prevención de Riesgos cuando cuenten con mas de 100 trabajadores.



OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS.



- Formar comité paritario cuando cuente con más 25 trabajadores.
- Proporcionar a los trabajadores, elementos de protección personal.
- Informar sobre riesgos laborales a sus trabajadores.
- Efectuar exámenes de control radiólogo a trabajadores expuestos a riesgos de neumoconiosis.



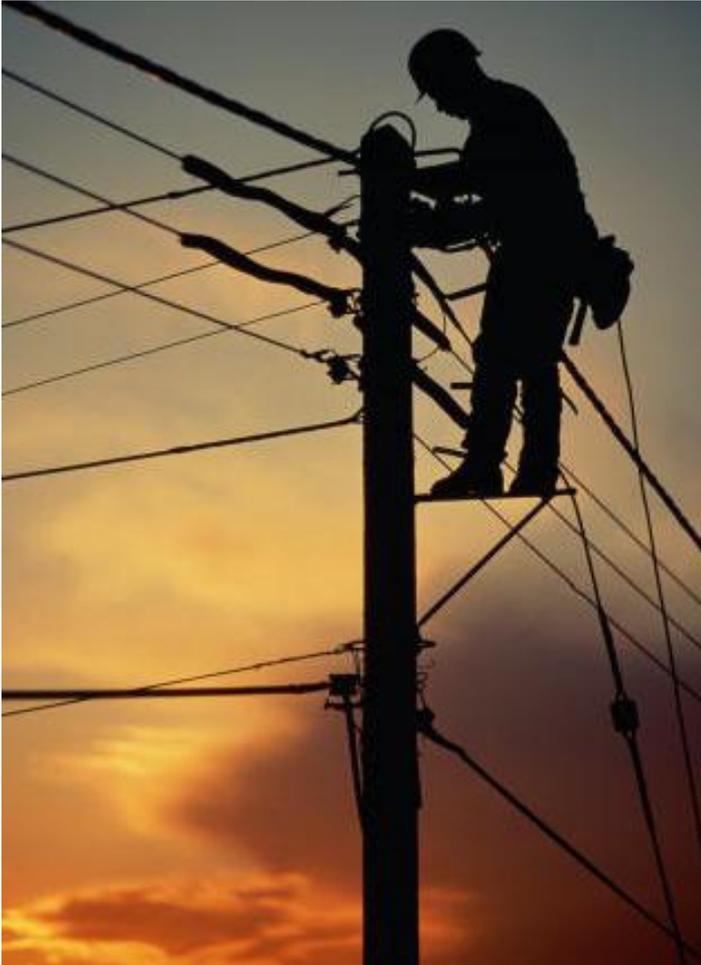
OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES.



- Cumplir con lo establecido por el reglamento interno.
- Cumplir con las normas e instrucciones impartidas por el Servicio de Salud, Organismo Administrador, Departamento de Prevención de Riesgos o Comité Paritario de Higiene y Seguridad.



OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES.



- Utilizar los elementos de protección personal y/o dispositivos de seguridad.
- Acudir a exámenes médicos de control.
- Participar activamente en el actividades de prevención de riesgos a través del Comité Paritario.



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso

Fecha de Emisión

Folio:

A. Identificación del Empleador

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

B. Identificación del Trabajador/a

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

C. Datos del Accidente

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Fecha del Accidente	Hora del Accidente	Hora de Ingreso al Trabajo	Hora de Salida del Trabajo
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna	
Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:		Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):	
<input type="text"/>			
Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:			
<input type="text"/>			
Señale cuál era su trabajo habitual:		¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744):	Tipo de Accidente:	Si es accidente de Trayecto, responda:	
<input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto	<input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo	
<input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro	Medio de Prueba	<input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio	
Detalle del Medio de Prueba		<input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos	

D. Identificación del Denunciante

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



fcatalanm@isl.gob.cl

rgonzaleza@isl.gob.cl

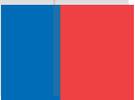
Dirección ISL – Valdivia: Yungay 540.

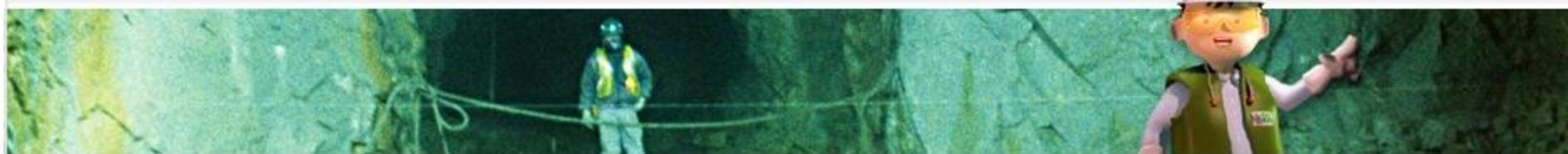
Fono: 259963

Fono USO:344784

www.isl.gob.cl

WWW.CAMPUSPREVENCIONISL.CL





Productos Virtuales



Infografías



Simuladores 3D



Auto-evaluaciones



Material Multimedia



Inscripción de Cursos



Demos Cursos a Distancia



Biblioteca



Quiénes Somos



Links de Interés

NO TE OLVIDES DE VISITAR NUESTRAS SECCIONES



El más importante material de apoyo a la prevención de riesgos a través de:



GRACIAS

