



ANEXO V

INFORME DEL ACCIDENTE (incluye Formulario de Causas y Medidas Prescritas)

Fecha del Informe _____

1. Antecedentes del Trabajador

- 1.1. Nombre completo: _____
- 1.2. RUN: _____
- 1.3. Fecha Nacimiento: ___/___/____
- 1.4. Categoría Ocupacional: (Marque con una cruz lo que corresponda)
___ Empleador ___ Trabajador Dependiente ___ Familiar no remunerado ___ Trabajador voluntario
- 1.5. Horario de Trabajo: (Formato 24 horas)
Hora de ingreso: _____ Hora de salida: _____
Marque con una X, si cumplía, al momento del accidente:
___ Turnos de trabajo _____ Horas extraordinarias
- 1.6. Antigüedad en la Empresa: (Señale el N° que corresponda)
___ años ___ meses ___ días
- 1.7. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador: _____

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1. Nombre o Razón Social: _____
- 2.2. Tipo de empresa: Marque con una cruz lo que corresponda
___ Principal ___ Contratista ___ Subcontratista ___ De Servicios transitorios
- 2.3. Señale la Actividad Principal: _____
- 2.4. Código Actividad Económica (CIIU.CL): _____
- 2.5. Tasa Cotización:
2.5.1. Genérica (según D.S. N°110) : _____
2.5.2. Adicional (según D.S. N° 67) : _____
2.5.3. En última evaluación D.S. N°67, la cotización adicional:
___ Se mantuvo ___ Fue rebajada ___ Fue recargada
- 2.6. Promedio Anual de Trabajadores (último año) : _____
- 2.7. Número de Sucursales (con más de 25 trabajadores) que posee la empresa: _____
- 2.8. Da cumplimiento a la constitución y funcionamiento de los comités paritarios de higiene y seguridad.
___ SI ___ NO ___ No corresponde
- 2.8.1. N° de Comités que se encuentran en funcionamiento : _____
- 2.8.2. N° de Comités que debería tener de acuerdo al art.1 del D.S.N° 54 : _____
- 2.8.3. Señale si existía Comité Paritario en el lugar donde falleció el trabajador:
___ SI ___ NO ___ No corresponde
- 2.9. Da cumplimiento a la obligación de informar los riesgos laborales: ___ SI ___ NO
(artículo N°21, del D.S. N° 40)
- 2.10. Mantiene al día el Reglamento interno de Higiene y Seguridad: ___ SI ___ NO
(artículo N° 14, del D.S.N°40)
- 2.11. Debe contar con un Depto. de Prevención de Riesgos Profesionales:
___ SI ___ NO ___ No corresponde
- 2.11.1 Cuenta con un Depto. de Prevención de Riesgos Profesionales:
___ SI ___ NO
- 2.11.2 Antecedentes del Experto en Prevención de la Empresa:
Nombre: _____
Rut: _____
Tipo de contratación: _____
N° de Registro en Autoridad Sanitaria: _____
Categoría del experto:
___ Profesional ___ Técnico ___ Práctico



2.12. La empresa tiene un Programa de Prevención de Riesgos:

Si NO

2.13. Respecto del cumplimiento del art. 66 bis, de la Ley N° 16.744 (Ley de Subcontratación), en la obra o faena respectiva, por parte de la empresa (Completar lo que corresponda al lugar de trabajo donde ocurrió el accidente):

2.13.1. Cuenta con un registro actualizado de antecedentes, incluido el Informe de evaluaciones de riesgo, letra d), del artículo N° 5, del D.S. N°76/2006.

SI NO

Si la empresa es principal:

2.13.2. Cuenta con un Comité Paritario de Faena

SI NO

2.13.3. Cuenta con un Departamento de Prevención de Riesgos de Faena

SI NO No corresponde

2.13.4. Se ha implementado un Sistema de Gestión de la SST

SI NO No corresponde

2.14. Respecto del comportamiento de la empresa en materias de SST, registra fiscalización con multas de la Dirección del Trabajo o la Seremi de Salud, previo a la ocurrencia del accidente (en los 3 últimos años).

SI NO Indique de cuál organismo _____

3. Antecedentes del Accidente

3.1. Fecha: ___ / ___ / _____

3.2. Hora : _____ (formato 24 horas)

3.3. Dirección donde ocurrió el accidente: _____

3.4. Región donde ocurrió el accidente: _____

4. Descripción del Accidente

Señale la secuencia de eventos y explique cómo y por qué ocurrió el accidente. Describa la actividad que realizaba el trabajador cuando se accidentó e indique la experiencia que tenía en esta actividad (número de días, años y/o meses).

5. Antecedentes de la Investigación

5.1. Fecha en que se realizó: ___ / ___ / _____

5.2. Antecedentes considerados en la investigación: (Mediciones, informes, testigos, etc.)

5.3. Nombre del Experto Investigador : _____

5.4. Rut : _____ -- _____

5.4.1. N° de Registro en Autoridad Sanitaria : _____

5.4.2. Categoría del experto Investigador

Profesional Técnico Práctico

Acompañar Copia del Informe de Investigación realizado por ese Organismo Administrador.



FORMULARIO DE CAUSAS Y MEDIDAS CORRECTIVAS

Producto de la investigación efectuada al accidente laboral ocurrido el día ___/___/___ en _____, comuna de _____, que ocasionó el fallecimiento de _____ RUN: _____-__, trabajador(a) de la Empresa: _____, RUT: _____-__, se instruye a su representante Sr/a. _____ RUN: _____-__, para que se adopten las medidas correctivas que a continuación se detallan, de acuerdo a las causas determinadas en esta investigación, las que deben ser implementadas en los plazos indicados:

N°	Causa(s): (Señale, las causas que provocaron el accidente. Utilice una fila para cada causa.)	Medida(s) Correctiva(s): (para cada causa, señale la o las correspondientes medidas correctivas)	Plazo de implementación de las medidas (dd -mm-aaaa)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Agregue las filas necesarias según el número de causas identificadas.

___/___/___ Fecha de Notificación	Nombre y Firma del Representante de la empresa	Nombre y Firma del investigador
--------------------------------------	---	---------------------------------

Este documento es auditable y deberá estar disponible en la empresa para las Autoridades Fiscalizadoras.