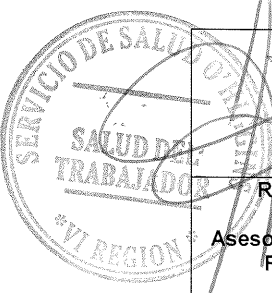
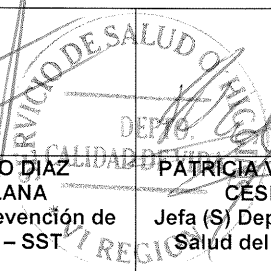



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE SALUD DEL TRABAJADOR
DEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA.

Procedimiento para Denuncia Individual de Enfermedad Profesional por exposición a SARS COV-2. (Actualización 2.0)

 RODOLFO DIAZ ORELLANA Asesor en Prevención de Riesgos – SST ELABORADO	 PATRICIA VELENZUELA CÉSPEDES Jefa (S) Departamento de Salud del Trabajador. REVISADO	 NATALIA ROMERO TALGUÍA Subdirectora (S) Gestión y Desarrollo de Personas REVISADO	 FABIO LOPEZ AGUILERA Director (S) Servicio de Salud O'Higgins. APROBADO
---	---	---	---

Rancagua, 27 de marzo de 2020

Procedimiento para Denuncia Individual de Enfermedad Profesional por exposición a SARS COV-2.

Procedimiento para Denuncia Individual de Enfermedad Profesional por exposición a portador confirmado en el cumplimiento del trabajo, la que es causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

“Del concepto legal mencionado se infiere que debe existir una relación causal entre el quehacer laboral y la patología que provoca invalidez o causa la muerte, aun cuando no sea de las enumeradas en el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, contenido en el D.S. N° 109, de 1968, del MINTRAB.

Lo anterior quiere decir que los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el párrafo anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. Dicha resolución debe ser consultada a la SUSESO, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud, hoy Seremi de Salud.” (Fuente: SUSESO)

- a) Si el trabajador presenta sintomatología asociada al cuadro clínico informado por la autoridad por contacto con virus **SAR COV-2**, y del que se tenga precedente de caso positivo de pacientes atendidos dentro de nuestra red hospitalaria o prehospitalaria del período establecido como periodo de incubación y sintomatología, o el de trabajar con funcionarios que hayan dado positivo ante el virus, se debe proceder de la siguiente forma, según **Ordinario N° 1161 de 18 de marzo de 2020**, proveniente de SUSESO, vigente a la fecha 26 de marzo de 2020.
 1. Ingresar por sistema de atención de emergencia (urgencia hospitalaria), en ella se realizará la encuesta de rigor que determine los factores de riesgos y posible exposición (se adjunta) y que cumpla con la definición legal descrita en el Título II, Contingencias Cubiertas, Artículo N° 7, de la Ley 16.744, para el caso: **que haya estado en contacto con paciente confirmado o compañeros de trabajo confirmados positivo para Coronavirus, según examen Analizado por ISP.**
 2. El personal de atención de Urgencia debe generar contacto telefónico con SEREMI de Salud Región de O'Higgins, al teléfono +56 9 89216742, notificando el caso sospechoso, según formato descrito por la Autoridad sanitaria.
 3. En el caso que el trabajador afectado, con sintomatología o cuadro clínico por contagio con COVID-19, **no amerite hospitalización** y sea enviado en **cuarentena obligatoria a su hogar**, el médico de urgencia de cada establecimiento se pondrá en

contacto con médico de IST de Urgencia (24/7) ubicado en Carretera el Cobre 1002, Rancagua, número telefónico de contacto: (72) 221 2039 – (9) 9319 8626, para notificar el caso sospechoso, a su vez el **Experto en Prevención de Riesgos del Hospital** notificará a IST vía correo electrónico, a **Greta Valenzuela Leiva** greta.valenzuela@ist.cl Enfermera Coordinadora y **Sebastian Rivera Acevedo** sebastian.rivera@ist.cl.

Para este caso se debe enviar:

- **Dato de Atención de Urgencia,**
- **Anamnesis del trabajador.**
- **Copia de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional**
- **Teléfono de contacto del trabajador.**
- **Y resultado de examen CoVID-19 (escaneada cuando se tenga).**

En el caso que el cuadro clínico sea de riesgo para el trabajador, es decir, según **criterio médico el caso requiera hospitalización**, se debe coordinar de forma inmediata el traslado a **Urgencia IST (24/7) ubicado en Carretera el Cobre 1002, Rancagua, número telefónico de contacto: (72) 221 2039 – (9) 9319 8626**. Para ello se deben tomar todos los resguardos y barreras de protección necesarias tanto para nuestros funcionarios como también exigibles para el equipo de IST que lo ha de trasladar.

Cita Textual Ordinaria N°: 0790, 26 de marzo de 2020, Director (s) de Servicio de Salud O'Higgins, instruye gestiones a los establecimientos de salud dependientes, acciones para enfrentar Pandemia COVID-19.

“Ante la presencia de un funcionario contagiado, es decir el que tiene un examen positivo para COVI-19, deberá ser tratado de acuerdo a su gravedad, si se estima que no requiere hospitalización debe ser enviado a su hogar con las medidas de aislamiento usuales para pacientes COVID positivos, por un periodo no menor a 14 días. Luego de ellos, el funcionario puede retornar a sus funciones habituales si su condición de salud lo permite.

Se entenderá por cuarentena como *“la restricción preventiva de las actividades que se realizan habitualmente fuera del domicilio para aquellos que estuvieran expuestos a SARS-CoV-2 y que actualmente no tienen síntomas”* se entiende como un periodo de confinamiento donde no realiza salidas desde su hogar, ni recibe visitas presenciales de personas en su residencia, y se está expectante del desarrollo de sintomatología respiratoria que le pudiesen convertir, mediante la realización de exámenes específicos, en un caso confirmado COVID-19.

En cuanto a las indicaciones de cuarentena del personal de salud, tanto clínico como administrativo, se debe considerar que aplica en los siguientes casos:

- a. Funcionario que brinde atención directa sin Equipo de Protección Personal adecuado al paciente COVID-19 positivo entre 2 días antes del inicio de los síntomas y 14 días después del inicio de los síntomas.
 - b. Funcionario contacto estrecho de paciente o funcionario COVID-19 positivo. Contacto estrecho es la persona que ha estado en contacto con un caso confirmado COVID-19 entre 2 días antes del inicio de los síntomas y 14 días después del inicio de los síntomas y que además:
 - a. Mantiene 15 minutos de contacto cara a cara a menos de un metro.
 - b. Comparte espacio cerrado por más de 2 horas.
 - c. Cohabita con el caso confirmado.
 - d. Comparte medio de transporte cerrado a una proximidad menor a un metro con el caso confirmado.
 - c. Funcionario que retorne de viaje desde el extranjero.
 - d. Se debe realizar notificación a SEREMI de Salud sobre casos de contacto estrecho relegados a cuarentena.”
4. El trabajador afectado por una Enfermedad Profesional por contagio de CoVID-19, le serán otorgarán las atenciones médicas y económicas a cargo de la Ley 16.744.

NOTA: se adjunta DIEP física, Formulario para Notificación e Investigación y Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV.

- El presente documento fue revisado por Asesor de Subdirección de gestión Asistencial, incorporando sus sugerencias y observaciones al día 27 de marzo del presente año.



RODOLFO DIAZ ORELLANA
ASESOR EN PREVENCIÓN DE RIESGOS
SUBDEPTO SALUD DEL TRABAJADOR
DEPTO. CALIDAD DE VIDA

5- DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación / / Nombre del Notificante _____
 Establecimiento de salud _____
 Región _____ Comuna _____

PARTE II (completar ante casos de IRAG con virus no identificable)

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)

Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores

	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Infiltrado lobar/multilobar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cavitación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opacificación Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infiltrado intersticial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neumotorax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neumomediastino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mediastino ensanchado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adenopatía hilar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consolidación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cardiomegalia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Derrame pleural	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo hospitalario

	Fecha inicio	Fecha término
Oxígeno suplementario	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ingreso a UCIntensivos/Intermedios	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ventilación mecánica NO invasiva	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ventilación mecánica invasiva	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Aminas vasopresoras	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Antivirales. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Antibióticos. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Esteroides. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Otros medicamentos. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Infecciones adquiridas durante la hospitalización (IAAS)

Tipo/s según sitio de infec.	1 _____	Agente/s hallados	1 _____
	2 _____		2 _____
	3 _____		3 _____

Complicaciones durante la hospitalización

CID	<input type="text"/>	Paro respiratorio	<input type="text"/>	Sepsis	<input type="text"/>
Miocarditis	<input type="text"/>	Infarto cardíaco	<input type="text"/>	Otras	_____
Encefalitis	<input type="text"/>	Paro cardíaco	<input type="text"/>		_____
Complicaciones neurológicas	<input type="text"/>	Shock	<input type="text"/>		_____

DATOS DE LABORATORIO CLÍNICO (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)

	24hs	48hs		24hs	48hs		24hs	48hs
Hematología			Química			Gases en sangre arterial		
GB /mm3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Na mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pH	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neutrófilos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	K mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pCO2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
linfocitos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cl mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HCO3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hto %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glucosa mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	paO2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hb mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Urea mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FI02	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas/mm3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coagulación	24hs	48hs
VSG mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TGP UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TTPA seg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			TGO UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TP% - INR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			CPK UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fibrinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			LDH UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

CONDICIÓN AL EGRESO

Fecha de egreso / / Tipo de egreso Alta Fallecido Transferido
 Establecimiento de transferencia _____
 CLASIFICACIÓN FINAL: Caso confirmado Caso descartado

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso
 Uso interno IST

Fecha de Emisión

Folio:
 Uso interno IST

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social **RUT**

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) **Comuna** **Número de Teléfono**

Actividad Económica **N° de Trabajadores** **Propiedad de la Empresa**
 Hombres Mujeres Pública Privada

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios
Tipo de Empresa

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno **RUN**

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) **Comuna** **Número de Teléfono**

Hombre Mujer
Sexo **Edad** **Fecha de Nacimiento**

Nacionalidad **Profesión u Oficio**

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

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada
Antigüedad en la Empresa **Tipo de Contrato**

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario
Categoría Ocupacional

Tipo de Ingreso:
 Remuneración Fija
 Remuneración Variable
 Honorarios

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Días Meses Años Sí No
 ¿Hace cuánto tiempo tiene esas molestias o síntomas en el puesto de trabajo actual, anteriormente?
Parte del cuerpo afectada

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.

Nombre del Puesto de trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:
 Sí No
 ¿Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?

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

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno **RUN**

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16 744):
 Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante
 Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIEP

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIEP (día-mes-año).
- Folio de la DIEP: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a enfermo/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a enfermo/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se enfermó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.

C. DATOS DE LA ENFERMEDAD

26. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: Autoexplicativo.
27. ¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: Responda la pregunta anotando, en el recuadro, el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas, y marque con una x en el casillero que corresponda.
28. ¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda, Sí o No.
29. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
30. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
31. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
32. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo, Sí o No.
33. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
34. ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?: Anote número de días o meses o años, y marque con una x lo que corresponda (días o meses o años).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

35. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
36. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
37. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
38. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a enfermo/a, un familiar del trabajador/a enfermo/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a enfermo/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.
39. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.



INTENDENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AU08-2020-00830

ORD. : 1161 18 MAR 2020

ANT. : No Hay.

MAT. : Cobertura del Seguro de la Ley N° 16.744, ante la contingencia provocada por el Coronavirus Covid 19. Complementa Ord. N° 1124 de 16 de marzo de 2020, de esta Superintendencia.

FTES. : Leyes N°s 16.395 y 16.744.

CONC. : Compendio de Normas del Seguro de la Ley N° 16.744.

DE : SEÑOR
CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

A : SEÑOR
DIRECTOR NACIONAL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL
GERENTES GENERALES
MUTUALIDADES DE EMPLEADORES
RECTOR
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE - ADMINISTRADOR DELEGADO
GERENTES GENERALES
DIVISIÓN CODELCO ANDINA - ADMINISTRADOR DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO CHUQUICAMATA - ADMINISTRADOR DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO EL TENIENTE - ADMINISTRADOR DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO SALVADOR - ADMINISTRADOR DELEGADO

- 1.- Esta Superintendencia considera importante complementar el Ord. N° 1.124, de 16 de marzo de 2020, en relación a la cobertura del Seguro de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Dicho Ord. señaló que, dada la entrada en fase 4 de la situación de contagio del país, las denuncias de enfermedades no podrán ser calificadas como de origen laboral, pero igualmente indicó que en las situaciones en que la trazabilidad puede establecerse como de origen del trabajo, se otorgará la cobertura de la Ley 16.744.
- 2.- Consecuentemente, los trabajadores con diagnóstico de Covid 19 confirmado, que tuvieron contacto estrecho, de acuerdo a las definiciones establecidas por el Ministerio de Salud, con personas por situaciones laborales cuyo diagnóstico también ha sido confirmado (sea este último de origen laboral o común) estarán cubiertos por las prestaciones de la Ley N° 16.744, en la medida que sea posible establecer la trazabilidad de origen laboral del contagio. Lo anterior, a efecto de cumplir con lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 16.744, respecto que es enfermedad profesional la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona.

- 3.- Se recuerda que para poder establecer la trazabilidad de origen laboral de esta enfermedad se debe poder determinar en qué circunstancias se dio el contagio, es decir, poder definir el cómo, cuándo y dónde se produjo el contagio. Dado estos antecedentes, se podrá determinar su origen laboral.

Saluda atentamente a Ud.,



[Handwritten signature]
CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

[Handwritten signature]

PSA/PSE/JAA
DISTRIBUCION:

DIRECTOR NACIONAL INSTITUTO DE SEGURIDAD
LABORAL
GERENTES GENERALES
MUTUALIDADES DE EMPLEADORES
RECTOR
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE -
ADMINISTRADOR DELEGADO
GERENTES GENERALES
DIVISIÓN CODELCO ANDINA - ADMINISTRADOR
DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO CHUQUICAMATA - ADMINISTRADOR
DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO EL TENIENTE - ADMINISTRADOR
DELEGADO
DIVISIÓN CODELCO SALVADOR - ADMINISTRADOR
DELEGADO
EXPEDIENTE
UNIDAD DE GESTIÓN DOCUMENTAL E INVENTARIO
(56B*)