

I. OBJETIVO

Dar cumplimiento a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes, Título II. Calificación de accidentes del trabajo, Letra A. Accidentes del trabajo, Capítulo IV. Calificación del origen de los accidentes, donde se norman aquellos elementos que se deben considerar para calificar un hecho como accidente del trabajo o común.

II. ALCANCE

Este documento aplica a nivel nacional para los pacientes afiliados a la ACHS que consulten en cualquier centro de salud por un accidente denunciado como laboral, mediante la correspondiente Denuncia Individual de Accidente de Trabajo (DIAT).

III. RESPONSABILIDADES

1. Gerencia División de Seguridad y Salud Ocupacional: responsable de formular, actualizar y controlar la aplicación de este instructivo.
2. Gerencia División de Operaciones y Servicios: responsable de velar por su cumplimiento a nivel nacional, tomando medidas correctivas en caso de detectar incumplimiento.

IV. REFERENCIAS

1. Ley N°16.744, Accidente del trabajo y enfermedades profesionales
2. DS N°101, reglamento para la aplicación de la Ley N°16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades
3. Compendio normativo SUSESO, Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes Título II. Calificación de accidentes del trabajo Letra A. Accidentes del trabajo Capítulo IV. Calificación del origen de los accidentes del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

V. DEFINICIONES

Calificación del origen de una patología: Procedimiento, normado por Ley N°16.744, mediante el cual el Organismo Administrador (mutualidad) determina el origen laboral o no laboral (común) del accidente que le ha sido denunciado.

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional

Calificación laboral: Aplica cuando los antecedentes médicos y/o administrativos del caso permiten concluir que las circunstancias de ocurrencia del accidente sí tienen cobertura de la Ley N°16.744. En dicho caso, el trabajador o sus derecho habientes acceden a los beneficios del seguro laboral.

Calificación no laboral (común): Aplica cuando los antecedentes médicos y/o administrativos del caso permiten concluir que las circunstancias de ocurrencia del accidente no tienen cobertura de la Ley N°16.744, porque el accidente denunciado no es a causa o con ocasión del trabajo, sino que corresponde a un accidente común. En dicho caso, el Organismo Administrador (mutualidad) debe rechazarlo y derivar al paciente a su sistema de salud común a fin de que este sistema se haga cargo de las prestaciones que procedan (Art. 77bis, Ley N°16.744 o derivación sin reposo futuro).

Calificador: Se refiere al responsable de definir si procede otorgar la cobertura de la Ley N°16.744 y de registrar esta determinación en los sistemas informáticos de salud y del seguro.

El calificador puede ser un médico o un administrativo, dependiendo del tipo de calificación de que se trate.

Calificación médica: Es la acción realizada por un profesional médico, mediante la cual analiza las circunstancias específicas en que ocurrió un accidente denunciado como laboral, y define la relación de este hecho con los hallazgos clínicos, para determinar si corresponde o no otorgar la cobertura de la Ley N°16.744.

Calificación administrativa: Es el proceso de evaluación de antecedentes administrativos del incidente reportado, que permiten establecer si corresponde otorgar la cobertura de la Ley N°16.744.

Accidente laboral: Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte. Vale decir, debe existir una relación de causalidad directa e inmediata, esto es “a causa del trabajo”, o al menos indirecta o mediata, es decir “con ocasión del trabajo”, pero cierta e indubitable entre las lesiones sufridas y las labores desempeñadas por la víctima (Art. 5°, Ley N°16.744).

Los derechos que reconoce la Ley N°16.744 son de carácter obligatorio e irrenunciable, por lo que la víctima de un accidente del trabajo no puede optar entre la atención médica que, conforme al Art.29 de dicho cuerpo legal, debe otorgarle el respectivo Organismo Administrador y su sistema de salud previsional común.

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional

Excepcionalmente, el accidentado puede ser trasladado en primera instancia a un centro asistencial que no sea el que le corresponde según su organismo administrador, en las siguientes situaciones: casos de urgencia o cuando la cercanía del lugar donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requieran. Se entenderá que hay una urgencia cuando la condición de salud o cuadro clínico implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, de no mediar atención médica inmediata.

Accidente no laboral (común): Es toda lesión que un trabajador protegido o no protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra a causa o con ocasión de situaciones, condiciones o factores no laborales.

Accidente de trabajador no protegido por la Ley 16744: Es aquel que, aun cuando tiene su origen en el trabajo, el accidentado es un trabajador que no se encuentra cubierto por el Seguro de la Ley N°16.744, porque no está afiliado al mismo.

RGA (Reunión de gestión de accidentados): Es la instancia diaria en que cada agencia de cargo revisa la calificación presencial realizada en la atención primaria; en esta reunión el médico jefe y jefe de operaciones o rol calificador, revisan los antecedentes médicos o administrativos, según corresponda, para validar o modificar la calificación inicial o registrarla cuando no se haya registrado.

VI. GENERALIDADES

La Asociación Chilena de Seguridad (en adelante ACHS), como Organismo Administrador de la Ley N°16.744, debe asegurar que todos los casos de trabajadores afiliados que denuncien un accidente a través de la DIAT cuenten con una adecuada calificación dentro de los 15 días corridos desde la presentación del trabajador, plazo establecido por la Superintendencia de Seguridad Social. En casos debidamente fundados, el Organismo Administrador podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo antes señalado.

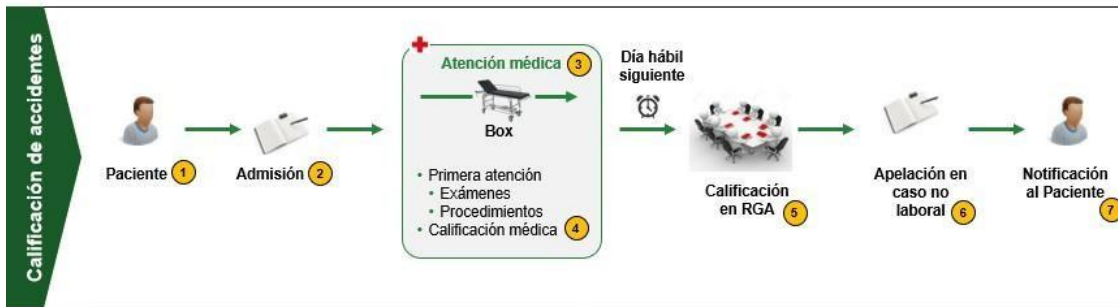
La presentación de nuevos antecedentes por parte del empleador o del trabajador, obliga al Organismo Administrador a reevaluar el caso, debiendo ratificar o modificar la calificación original, según corresponda.

El modelo de calificación de la ACHS para los accidentes del trabajo se presenta en los siguientes diagramas:

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional

	Descripción	Actividades	Responsable
Calificación Presencial	<ul style="list-style-type: none"> Calificación médica de trabajo en box de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Calificación médica del 100% de los accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> Médico agencia
Calificación no presencial	<ul style="list-style-type: none"> Calificación médica y administrativa en agencia 	<ul style="list-style-type: none"> Calificación y evaluación de casos especiales y pendientes de calificar 	<ul style="list-style-type: none"> Médico jefe y Jefe de operaciones
Apelación a la calificación	<ul style="list-style-type: none"> Recalificación del Comité de apelaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de casos apelados 	<ul style="list-style-type: none"> Médico central, Jefe de calificación administrativa y Abogado

FLUJO CALIFICACIÓN DE ACCIDENTES



- 1 Presentación de paciente en centro asistencial
- 2 Admisión (Ingreso o control médico)
- 3 Atención médica
- 4 Calificación médica en Box
- 5 Calificación médica y administrativa en RGA, calificación no presencial de casos especiales y/o pendientes de calificar.
- 6 Revisión del caso por Comité de Apelaciones en caso de reclamo de paciente
- 7 Notificación de apelación al paciente

VII. OPERACIÓN

A. Roles y responsabilidades en la calificación presencial:

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional

1. El Médico tratante es el responsable de:

- a) La calificación médica de la totalidad de los accidentes denunciados como del trabajo. Para desempeñar esta labor, deberá recopilar los antecedentes necesarios (entrevista médica, examen físico u otros, según corresponda) y tendrá que dejar registro de la calificación en la ficha clínica del paciente.
- Si no existen antecedentes suficientes para calificar, el médico los solicitará para que el caso sea resuelto posteriormente, con dichos antecedentes a la vista.
 - Si existen los antecedentes suficientes para calificar y el trabajador sufre una afección que se ha producido por un accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo y el mecanismo lesional descrito (forma en que ocurre el accidente) en cuanto a energía, temporalidad y respuesta del cuerpo humano frente a un factor que pueda provocar un accidente o enfermedad (fisiopatología), está relacionado con la producción de los síntomas presentados por el paciente, deberá calificar dicho cuadro clínico como de origen laboral, aun cuando el trabajador presente simultáneamente una patología preexistente de origen común, debiendo otorgarle las prestaciones necesarias para la recuperación de dicho cuadro agudo.
 - Si existen los antecedentes suficientes para calificar y el trabajador sufre una afección que se ha producido por un accidente que no ha ocurrido a causa o con ocasión del trabajo, o si el mecanismo lesional descrito (forma en que ocurre el accidente) en cuanto a energía, temporalidad y respuesta del cuerpo humano frente a un factor que pueda provocar un accidente o enfermedad (fisiopatología) no están relacionados con la producción de los síntomas presentados por el paciente, deberá calificar dicho cuadro clínico como de origen común o no laboral.
 - Es deber del médico tratante registrar el diagnóstico. En el evento que la patología sea calificada como no laboral, deberá consignar el diagnóstico de la derivación.
 - Cuando los antecedentes así lo permitan y en los casos calificados como de origen común, el médico deberá realizar la derivación o rechazo al sistema común de salud a través de la documentación correspondiente, notificando

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

presencialmente al paciente los motivos de la calificación y explicando los fundamentos de ésta de manera comprensible.

- b) La justificación de la calificación médica para aquellos casos que estime como no laboral (común) debe consignarse en la ficha clínica, registrando los fundamentos médicos que justifiquen dicha calificación en forma detallada (debe explicitar las razones por las que no hay compatibilidad entre el mecanismo lesional referido y el diagnóstico formulado). En el caso de haber requerido exámenes para la calificación, tendrá que referirse a ellos en su fundamento.

2. El Ejecutivo de admisión es el responsable:

- a) Del ingreso del trabajador al centro asistencial correspondiente para los trabajadores que hubiesen sido víctimas de un accidente presuntamente del trabajo. En el evento que el empleador no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del Organismo Administrador porque las circunstancias en que ocurrió el accidente impedían que aquél tomara conocimiento de este, el trabajador podrá concurrir por sus propios medios y deberá denunciar el accidente, correspondiendo que sea atendido de inmediato.

- b) De solicitar la DIAT tanto del empleador como del propio trabajador.

- Respecto a la DIAT del empleador, en caso de que el trabajador se presente sin ella, el ejecutivo de admisión solicitará al propio trabajador que haga llegar a su empresa el certificado de atención de urgencia en el que se indica la obligatoriedad y los plazos de entrega de la DIAT por parte de la entidad empleadora. Si la empresa está inscrita para recibir notificaciones a través del portal de empresas en www.achs.cl, diariamente recibirá la nómina de ingreso de pacientes en centros asistenciales ACHS, en la que se le solicita la generación de la DIAT empresa.
- Respecto a la DIAT trabajador (distinta a la DIAT del empleador), en caso de imposibilidad de contar con ella, deberá solicitarla a algún derecho habiente, al Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa o al médico tratante.

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

- c) De derivar a una atención médica inmediata y sin previo trámite, en el caso que el trabajador requiera ser atendido de urgencia, es decir, que de no existir una atención médica inmediata su condición de salud o cuadro clínico pueda implicar riesgo vital o secuela funcional grave. Asimismo, deberá regularizar la obtención de las DIAT empleador y trabajador con posterioridad a esa primera atención.
- d) De advertir durante la primera atención del trabajador que concurre a los servicios asistenciales ACHS que, en el evento de determinarse que su accidente sea de origen no laboral (común), deberá solventar de acuerdo con la cobertura de su régimen previsional de salud, el costo de las prestaciones que le fueron entregadas. Tal advertencia deberá constar por escrito y ser puesta a disposición del trabajador para su firma, en la medida y oportunidad que su estado de salud y consciencia lo permita.

En el evento que el paciente se niegue a firmar una denuncia estando en condiciones de hacerlo, se le deberá advertir que su ingreso es como paciente privado, dejando constancia escrita de tal situación en el documento “Formulario de Advertencia”.

B. Roles y responsabilidades de la calificación no presencial:

1. El médico jefe es el responsable de calificar aquellos casos que no fueron calificados médicamente al ingreso y/o aquellos que, teniendo una calificación al ingreso y al analizar los antecedentes clínicos de la ficha médica, determina que corresponde modificar la calificación médica anterior. Cuando esto ocurre, debe registrar su nueva calificación en ficha clínica y en el sistema de registro de calificación de pacientes, justificando el motivo y gestionando la notificación al paciente y la empresa.
2. El jefe de operaciones o el rol calificador asignado para esta actividad es el responsable de solicitar los antecedentes (informe para calificar, relatos, otros) para calificar administrativamente, de acuerdo a la jurisprudencia referida como situaciones especiales del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes Título II. Calificación de accidentes del trabajo Letra A. Accidentes del trabajo del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Esas situaciones

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

incluyen, por ejemplo, accidentes ocurridos por fuerza mayor extraña, con ocasión de actividades deportivas, riñas, bromas, trámites personales, a dirigentes sindicales en cometido sindical, trabajadores independientes, accidentes ocurridos en modalidad de trabajo a distancia, entre otros.

En el caso de aquellos accidentes en los que existan versiones contradictorias por parte del trabajador y del empleador, el calificador administrativo, deberá considerar para la calificación, además del informe para calificar, la opinión médica respecto a la compatibilidad del mecanismo lesional con la afección que presenta el trabajador.

En caso de calificar el accidente como no laboral luego de la evaluación administrativa, el calificador debe realizar el informe con la justificación de su calificación, en el formato indicado por la SUSESO (Anexo 1).

C. Roles y responsabilidades en la calificación derivada de una apelación:

El Comité de Apelaciones es un ente central de autorregulación, responsable de recibir los requerimientos de apelación a la calificación no laboral que han generado los pacientes a través del call center ACHS (u otro medio que se establezca para estos fines). Este Comité está compuesto por un equipo médico / administrativo / legal, que evalúa los antecedentes de cada paciente y emite un pronunciamiento formal sobre la calificación del siniestro. Esta instancia es una alternativa no obligatoria por Ley que la ACHS pone a disposición de sus afiliados.

El comité está facultado para ratificar o modificar la calificación médica o administrativa realizada en alguna de las instancias anteriormente señaladas (calificación presencial y calificación no presencial). En cualquier caso, ya sea que se confirme o se modifique la calificación no laboral, el calificador médico o administrativo deberá consignar en el sistema de registro de calificación de pacientes la calificación del comité y sus fundamentos.

Luego de terminada cada sesión del comité de apelaciones, se debe generar una carta de respuesta al paciente, además, el call center notifica telefónicamente al trabajador la resolución del Comité.

VIII. SITUACIONES ESPECIALES DE CALIFICACIÓN

La calificación de los accidentes fatales se encuentra centralizada en la Fiscalía ACHS.

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermada H. Jefe Salud Ocupacional

IX. REGISTRO

La calificación en cualquiera de las instancias señaladas en este procedimiento debe ser registrada por el responsable de la calificación en el sistema de registro de pacientes.

X. MODIFICACIONES

SINTESIS MODIFICACIONES AL DOCUMENTO		
VERSIÓN	FECHA	CAUSAS DE MOFICACIÓN
1	29-10-2019	Primera versión del documento
2	05-10-2020	Segunda versión del documento
3	23-06-2025	<p>El cuerpo del documento “Procedimiento para la calificación de los Accidentes del trabajo” aprobado por Directorio Achs el año 2019 no fue modificado en esta versión.</p> <p>Solo se agrega al documento los siguientes anexos con la descripción de flujos de apelación interna a la calificación de accidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anexo 2: Flujo de ingreso de apelaciones a calificaciones médicas y administrativas por accidentes de trabajo y de trayecto. Anexo 3: Flujo de evaluación de apelaciones por parte del Comité de Apelación Interna para accidentes de trabajo y trayecto (Calificación médica y administrativa).

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

XI. ANEXOS

Anexo 1. Informe de accidente calificado como de origen común



INFORME DE ACCIDENTE CALIFICADO COMO DE ORIGEN COMÚN

Nombre Paciente			Rut Paciente:	
Siniestro		Nº Paciente		
Fecha Accidente		Fecha Presentación		
Diagnóstico ingreso				
Diagnóstico de Alta				
CUN		Fecha del informe		
Entidad empleadora				

Fundamentos médicos y/o administrativos que justifican la calificación del accidente como de origen común:
(incluya si corresponde, opinión sobre la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el o los diagnósticos formulados)

Responsable de la calificación	
Nombre	Rut calificador
Firma	

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

Anexo 2. Flujo de ingreso de apelaciones a calificaciones médicas y administrativas por accidentes de trabajo y de trayecto

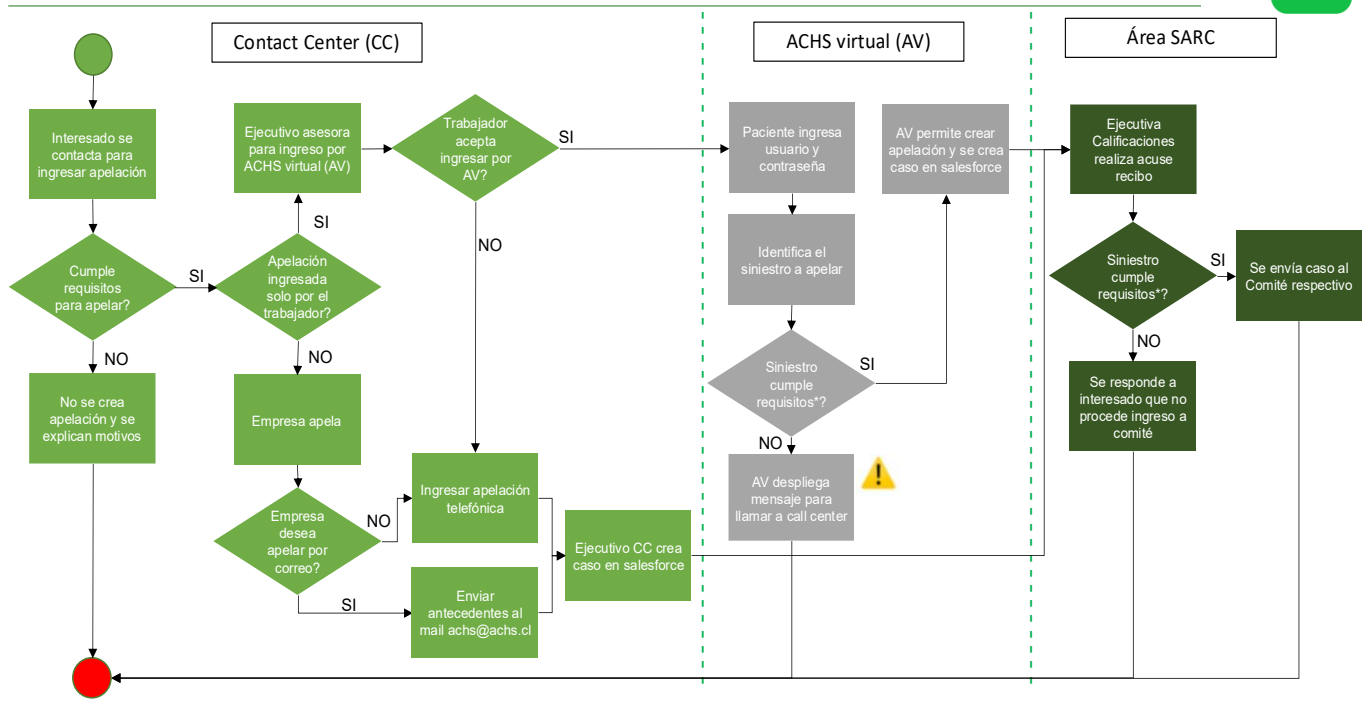
Flujo de Ingreso de Apelaciones ACHS Virtual a Comité

El proceso comienza cuando el interesado se comunica con el Contact Center (CC) para ingresar una apelación a una calificación. El ejecutivo(a) verifica que se cumplan los requisitos (como no tener una apelación en curso y estar dentro de los plazos). Si no cumple, se informa que no procede. Si cumple, se sugiere ingresar la apelación a través de ACHS Virtual (AV).

Si el trabajador(a) acepta, accede con su usuario, identifica el siniestro y, si este cumple los criterios, se genera automáticamente el caso en Salesforce. Si el trabajador(a) no acepta ingresar por AV, o si la apelación la realiza solo la empresa, el ejecutivo(a) la registra telefónicamente o se reciben los antecedentes por correo electrónico (achs@achs.cl).

Una vez creada la apelación, el área de Soporte a la Atención de Reclamos y Consultas (SARC) recibe y revisa el caso. Si el siniestro cumple los requisitos, se envía al comité médico o administrativo según corresponda. Si no, se responde al interesado que no procede su ingreso a comité.

FLUJO INGRESO APELACIONES ACHS VIRTUAL A COMITÉ



*Requisitos para la apelación: Paciente no debe tener ninguna apelación en curso, estar dentro de los plazos establecidos

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermenda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermenda H. Jefe Salud Ocupacional

Anexo 3. Flujo de evaluación de apelaciones por parte del Comité de Apelación Interna para accidentes de trabajo y trayecto (Calificación médica y administrativa)

Descripción del flujo de Comité de Apelaciones de Accidentes

El proceso se inicia cuando un paciente presenta una apelación a la calificación no laboral de su patología ante el Comité de Apelaciones, ya sea a través del Call Center 600 600 2247 (Contact Center), por escrito al correo electrónico achs@achs.cl o mediante carta enviada a Ramón Carnicer N°163, Providencia. Posteriormente, un(a) ejecutivo(a) del área de Soporte a la Atención de Reclamos y Consultas SARC (antes llamada UCR) registra la tarea en Salesforce y evalúa si corresponde a una calificación administrativa o médica.

Si la apelación corresponde al ámbito administrativo o médico, la solicitud será asignada al administrativo(a) correspondiente —del comité o del área de calificaciones, respectivamente—, quien deberá ingresar la línea de Apelación Interna en el siniestro y registrar el caso en la planilla del Comité de Apelaciones alojada en SharePoint, dentro del plazo de un día hábil.

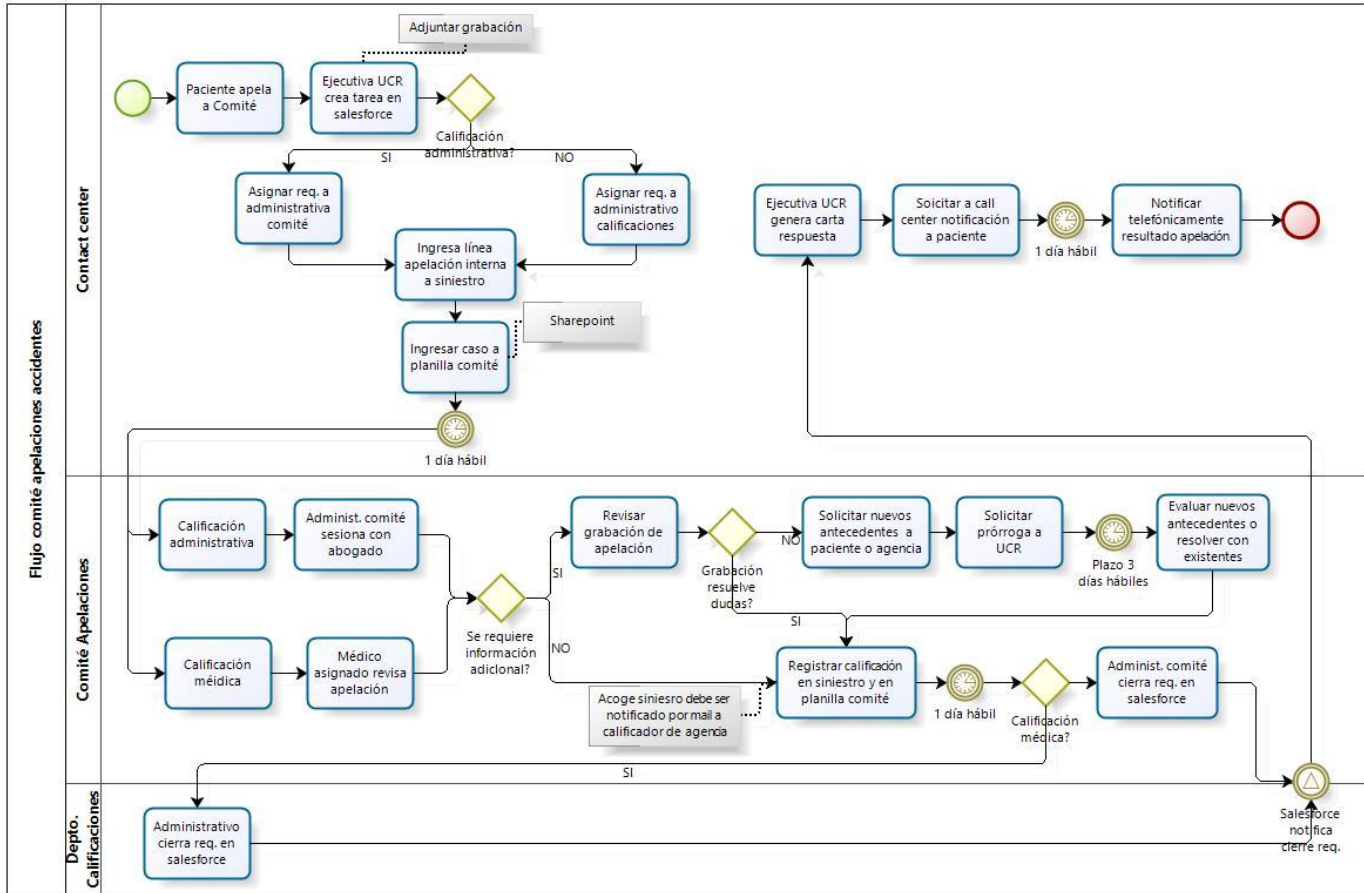
El Comité de Apelaciones médico y administrativo sesiona, considerando los antecedentes disponibles en la ficha clínica y aquellos aportados por el interesado. Si se requiere información adicional para resolver el caso, se revisa la grabación de la apelación: si esta permite aclarar las dudas, el proceso continúa; de lo contrario, se solicita información complementaria al paciente o a la agencia, o bien se gestiona una prórroga, con un plazo máximo de tres días hábiles.

Una vez reunidos los nuevos antecedentes, o en su defecto, evaluando los ya existentes, el comité reanaliza el caso. Durante la sesión, el comité emite una resolución, manteniendo o recalificando el caso, la cual es registrada en el sistema SAP. Además, se actualiza la planilla de seguimiento del Comité de Apelaciones (sharepoint), consignando fecha de sesión, resolución, y observaciones internas si las hubiera.

En cualquiera de los casos, el ejecutivo(a) de SARC genera la carta de respuesta y solicita al Call Center notificar al paciente en el plazo de un día hábil.

FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional

Procedimiento para la Calificación de los Accidentes del trabajo



FECHA	REV. N°: 3	Preparó	Revisó	Aprobó
23-06-2025	FECHA PRÓXIMA REVISIÓN: 23-06-2028	Moisés Montecinos P. Médico Asesor Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional	Guillermo Lermanda H. Jefe Salud Ocupacional