



Agregamos valor,
protegiendo a las
personas

Ayuda para la correcta confección de Diat/Diep

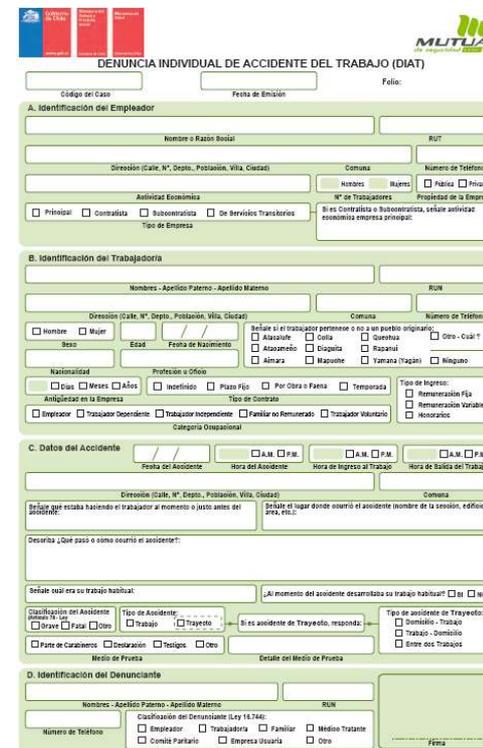
Mutual de Seguridad CChC

Santiago, Enero 2013

Es un documento legal mediante el cual se deben denunciar los accidentes o enfermedades profesionales

❖ Diat/Diep empresa

❖ Diat/Diep Trabajador



Denuncia individual de Accidente del Trabajo o Enfermedad profesional(Diat/Diep)



¿Qué es la DIAT?

Es un documento legal mediante el cual se deben denunciar todos aquellos Accidentes del Trabajo, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).

¿Qué es la DIEP?

Es un documento legal, mediante el cual se deben denunciar todas aquellas Enfermedades Profesionales presumiblemente laborales, ante el Organismo Administrador Ley 16.744 (Mutual).

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____ Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Vía, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Actividad Económica: _____ Género: Hombres Mujeres Párvulo Privado

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios 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, Vía, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Hombre Mujer Sexo Edad Fecha de Nacimiento Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Aikeleufe Colla Quechua Otro - Cuál? Aymara Diaguita Rapanai Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Hora de Ingreso al Trabajo: _____ Hora de Salida del Trabajo: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Vía, 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 sesión, edificio, vía, etc.): _____

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: _____

Señale cuál era su trabajo habitual: _____ ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? Si No

Clasificación del Accidente (según Ley 16.744): Grave Falso Otro Tipo de Accidente: Trabajo Tránsito Si es accidente de Tránsito, responda: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro Medio de Prueba: _____ Detalle del Medio de Prueba: _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Número de Teléfono: _____ Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajadora Familiar Medio Tratante Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Fecha: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo o Enfermedad profesional (Diat/Diep)



¿Cuál es su Importancia?

Tiene por objetivo poner en conocimiento de Mutual la ocurrencia de un siniestro presumiblemente de origen laboral y de dar inicio al otorgamiento de las prestaciones de la Ley N° 16.744. Corresponderá a Mutual, determinar el origen laboral o común del accidente.

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____ Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razon Social: _____ RUT: _____

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

Actividad Económica: _____ M° de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: Pública Privada

Tipo de Empresa: Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

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: _____

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Ailaculufe Colla Quechua Otro - Cuál? _____

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

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

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

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Hora de Ingreso al Trabajo: _____ Hora de Salida del Trabajo: _____

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.): _____

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: _____

Señale cuál era su trabajo habitual: _____ ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente: Grave Fata Otro Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda: Tipo de accidente de Trayecto: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro Detalle del Medio de Prueba: _____

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUN: _____

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajadora Familiar Medico Tratante Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

Número de Teléfono: _____ Firma: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



¿Cuándo se debe emitir la DIAT a Mutual?

Artículo 71 Decreto Supremo N° 101

a) Los trabajadores que sufran un accidente del trabajo o de trayecto deben ser enviados, para su atención, por la entidad empleadora, inmediatamente de tomar conocimiento del siniestro, al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda.

*b) La entidad empleadora deberá presentar en el organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada, la correspondiente “Denuncia Individual de Accidente del Trabajo” (DIAT), debiendo mantener una copia de la misma. Este documento deberá presentarse con la información que indica su formato y en un plazo no superior a **24 horas** de conocido el accidente.*

Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) con los siguientes campos:

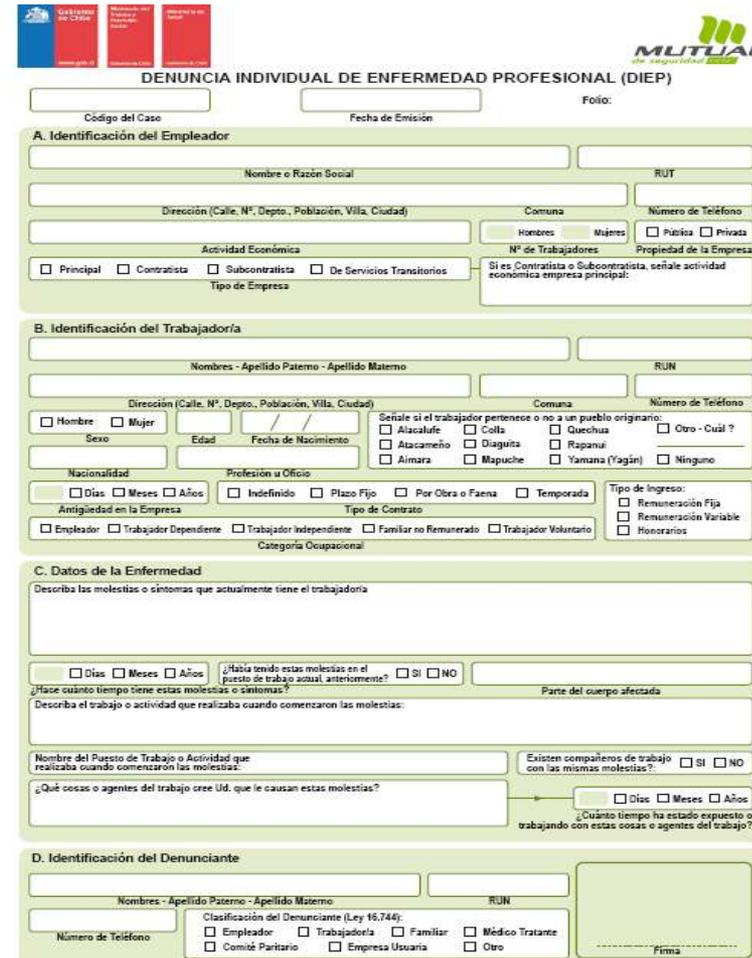
- Encabezado:** Logos de la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Seguridad Social. Logo de MUTUAL de seguridad CCHC.
- Información General:** Código del Caso, Fecha de Emisión, Folio.
- A. Identificación del Empleador:** Nombre o Razón Social, RUT, Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad), Comuna, Número de Teléfono, Actividad Económica, N° de Trabajadores, Propiedad de la Empresa (Hombres, Mujeres, Físicas, Privada), Tipo de Empresa (Principal, Contratista, Subcontratista, De Servicios Transitorios).
- B. Identificación del Trabajador/a:** Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno, RUT, Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad), Comuna, Número de Teléfono, Sexo (Hombre, Mujer), Edad, Fecha de Nacimiento, Nacionalidad, Profesión u Oficio, Tipo de Contrato (Indefinido, Plazo Fijo, Por Obra o Faena, Temporal), Tipo de Ingreso (Remuneración Fija, Remuneración Variable, Honorarios), Antigüedad en la Empresa, Tipo de Empleado (Empleador, Trabajador Dependiente, Trabajador Independiente, Familiar no Remunerado, Trabajador Voluntario), Categoría Ocupacional.
- C. Datos del Accidente:** Fecha del Accidente, Hora del Accidente, Hora de Ingreso al Trabajo, Hora de Salida del Trabajo, Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad), Comuna, Descripción de lo que estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del siniestro, Descripción de lo que pasó o cómo ocurrió el accidente, Descripción de cuál era su trabajo habitual y si al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual.
- D. Identificación del Denunciante:** Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno, RUT, Número de Teléfono, Clasificación del Denunciante (Ley 16.744: Empleador, Trabajadora, Familiar, Médico Tratante, Comité Paritario, Empresa Usuaria, Otro), Firma.

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

¿Cuándo se debe enviar la DIEP a Mutual?

Artículo 72 letra c Decreto Supremo N° 101

“Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá emitir la correspondiente “Denuncia Individual de Enfermedad Profesional” (DIEP), **a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador”.**



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____ Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

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

Actividad Económica: _____ Comuna: _____ Número de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: 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: _____

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Alacalufe Colla Quechua Otro - Cuál? Atacameño Diaguita Rapanui Aymara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

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: _____

C. Datos de la Enfermedad

Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: _____

Días Meses Años ¿había tenido estas molestias o en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hase cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? _____ Parte del cuerpo afectada: _____

Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____ Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias? _____

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: _____

Denuncia individual de Accidente del Trabajo o enfermedad Profesional (Diat/Diep)



¿Quiénes pueden denunciar los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales?

Además de las personas obligadas por ley, artículo 76 de la Ley N° 16.744 (entidad empleadora, accidentado o enfermo o sus derecho habientes, médico tratante, Comité Paritario de Higiene y Seguridad), también pueden denunciar un siniestro laboral cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso: [] Fecha de Emisión: [] Folio: []

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: [] RUT: []

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

Actividad Económica: [] Homos: [] Mujeres: [] Píblica: [] Privada: []

N° de Trabajadores: [] Propiedad de la Empresa: []

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: []

Beñale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: Quechua Aymara Mapuche Yanama (Yagani) Ninguno

Nacionalidad: [] Profesión u Oficio: []

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: []

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: [] Hora del Accidente: [] Hora de Ingreso al Trabajo: [] Hora de Salida del Trabajo: []

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): [] Comuna: []

Beñale que estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: [] Beñale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sesión, edificio, área, etc.): []

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: []

Beñale cuál era su trabajo habitual: [] ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente: Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda: Demisio - Trabajo Trabajo - Demisio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Medio de Prueba: [] Detalle del Medio de Prueba: []

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno: [] RUN: []

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usuaria Otro

Número de Teléfono: [] Firma: []

1. Identificación del Empleador
2. Identificación del Trabajador
3. Datos del Accidente o Enfermedad
4. Identificación del Denunciante

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



Anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador /a accidentado evitando uso de siglas y abreviaturas

Debe ser asignado por el administrador del seguro de la ley 16.744

Debe Señalar cuantos Hombres y Cuantas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos en los cuadros respectivos.

Señalar qué actividad desarrolla la entidad empleadora

Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año)

Logo of the Government of Chile, Ministry of Labor, and Mutual CCHC.

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 Razon Social		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna
<input type="text"/>		Número de Telefono
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres
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:

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)

Anotar datos del trabajador/a accidentado según el orden solicitado

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado

Anotar el número telefónico del trabajador/a accidentado anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna
Número de Teléfono		
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad	Fecha de Nacimiento
Sexo		
Nacionalidad		
Profesión u Oficio		
Antigüedad en la Empresa		Tipo de Contrato
Tipo de Ingreso:		
Categoría Ocupacional		

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

<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"/> Aimara	<input type="checkbox"/> Mapuche	<input type="checkbox"/> Yamana (Yagán)	<input type="checkbox"/> Ninguno

Antigüedad en la Empresa: Días Meses Años

Tipo de Contrato: Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

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

Anotar el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el trabajador/a en la empresa cuando se accidentó.

Marcar con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional de trabajador/a accidentado al momento del accidente .

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)



C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: / /

Hora del Accidente: A.M. P.M.

Hora de Ingreso al Trabajo: A.M. P.M.

Hora de Salida del Trabajo: A.M. P.M.

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, area, etc.):

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual:

¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda:

Tipo de accidente de Trayecto: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Detalle del Medio de Prueba:

Dejar consignada la actividad específica que realizaba el trabajador/a cuando ocurrió el accidente o comenzaron las molestias.

Relatar brevemente como ocurrió el accidente. Si levanto peso, precisar los kilos involucrados en la acción.

Señalar cual era su trabajo habitual al momento del accidente

Anotar detalle del medio de prueba, ejemplo nombre del testigo...etc.

Anotar la dirección donde ocurrió el accidente

Se debe anotar la hora de ingreso y termino del trabajo.

Debe marcar con una X si en el momento preciso del accidente desarrollaba o no su trabajo habitual.

Denuncia individual de Accidente del Trabajo (DIAT)

Anotar los datos de la persona que extiende la denuncia o denunciante

Anotar el número telefónico del denunciante anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Marcar con una x el casillero que corresponda al tipo de denunciante que se trata.

Firma de la persona que denuncia . Dato obligatorio, luego de ser firmadas, NO pueden ser modificados

D. Identificación del Denunciante

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno	RUN
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante
Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaría <input type="checkbox"/> Otro
<p>..... Firma</p>	

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Folio: _____

→ Código del Caso Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

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

Hombres Mujeres Pública Privada

N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa

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

Anotar los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador /a enfermo/a evitando uso de siglas y abreviaturas, debe anotar los datos completos.

Este N° es asignado internamente por Mutual.

Debe Señalar cuantos Hombres y Cuantas Mujeres trabajan en la empresa, anotándolos separadamente en los cuadros respectivos.

Debe señalar qué actividad Económica desarrolla la entidad empleadora al momento de la denuncia de enfermedad del trabajador/a.

Debe anotar el día, mes y año en que está llenando el formulario (Día-Mes-Año).

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)



Anotar datos del trabajador/a enfermo/a según el orden solicitado, debe colocar el nombre completo.

Anotar el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el trabajador/a en la empresa al momento de la denuncia.

Marcar con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional de trabajador/a enfermo/a al momento de la denuncia.

Debe colocar la profesión u oficio que desempeñaba el trabajador a la fecha de la enfermedad.

Marcar con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a, esta información solo es de uso interno y para fines estadísticos.

Anotar el número telefónico del trabajador/a anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda, para tomar contacto o para ser llamado a alguna evaluación en caso de ser necesario.

B. Identificación del Trabajador/a

 Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

 Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

 Comuna

 Número de Teléfono

Hombre Mujer
 Sexo

 Edad

 Fecha de Nacimiento

Alacalufe Colla Quechua Otro - Cuál ?
 Atacameño Diaguita Rapanui
 Aimara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada
 Tipo de Contrato

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

Remuneración Fija
 Remuneración Variable
 Honorarios
 Tipo de Ingreso:

Días Meses Años
 Antigüedad en la Empresa

Nacionalidad

Profesión u Oficio

Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)

Anotar los datos de la persona que extiende la denuncia o denunciante

Anotar el número telefónico del denunciante anteponiendo el código de la ciudad o celular según corresponda

Marcar con una x el casillero que corresponda al tipo de denunciante que se trata.

Firma de la persona que denuncia . Dato obligatorio, luego de ser firmadas, NO pueden ser modificados

D. Identificación del Denunciante

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