




## ¿QUIENES INTEGRAN LA CEN?

Según la Ley la Comisión Ergonómica Nacional, estará compuesta por 7 integrantes, siendo los siguientes;

1. Un Médico cirujano especialista en salud ocupacional, quien la presidirá.
2. Un médico cirujano especialista en traumatología y ortopedia.
3. Un Ingeniero Civil experto en prevención de riesgos profesionales
4. Un ingeniero Civil experto en Higiene Industrial
5. Un Profesional Universitario experto en Ergonomía.
6. Un Trabajador designado por la Central más representativa del país, que sea o haya sido miembro de un Comité Paritario, y un empresario designado por la organización empresarial más representativa del país.
7. Un empresario designado por la organización empresarial más representativa del país.



**GOBIERNO DE CHILE**  
COMISION ERGONOMICA NACIONAL  
[www.ergonomica.cl](http://www.ergonomica.cl)

Questionario a llenar voluntariamente por el trabajador requirente de Calificación de trabajo pesado. Ley 19.404

I.- En ésta página describa brevemente el trabajo habitual que Ud. realiza.

ORIGINAL: COMISION ERGONOMICA NACIONAL

1

## ¿QUE FACTORES SE CONSIDERAN PARA LA CALIFICACION DE TRABAJO PESADO?

### Factor físico:

Es aquel constituido por las exigencias del puesto de trabajo que demandan esfuerzo adaptativo fisiológico, reflejado en mayor gasto energético y con modificaciones del metabolismo.

### Factor ambiental:

Es aquel que corresponde a la presencia, en los puestos de trabajo, de agentes ambientales que pueden afectar negativamente la salud de los trabajadores, su bienestar y su equilibrio fisiológico.

### Factor mental:

Es aquel que en la exigencia del puesto de trabajo demanda esfuerzos adaptativos del sistema nervioso y la estructura psicoafectiva del trabajador.

### Factor organizacional:

Es aquel que en que las exigencias del puesto de trabajo derivadas de la organización y diseño de la labor y su entorno psicosocial.

II. - Responda las siguientes preguntas:

- Nombre del cargo o puesto de trabajo (según contrato de trabajo):
- a.- Si labora en turnos describalo de la siguiente forma:
  - Duración del ciclo, N° de días trabajados y N° de días de descansos.
  - Relación días de trabajo/días de descanso.
  - N° de ciclos laborados en el año.
  - N° de días trabajados en el año.
  - N° de días descansados en el año.
  - N° de horas trabajadas en el año.
  - Promedio de horas semanales trabajadas.
- b.- Si labora en otro tipo de horarios describalo:
- Señale promedio mensual de horas extraordinarias:
- ¿Debe Ud cumplirlas? Si  No
- En relación a sus remuneraciones: es fijo  depende de la producción que Ud haga
- ¿La velocidad de su trabajo la puede Ud. fijar voluntariamente dentro de un rango de rendimiento razonable?  
Si  No
- ¿Cuántas pausas y de que duración hace durante su jornada diaria? (sin considerar la colación):  
pausas                      minutos
- ¿Con cuánto tiempo de colación cuenta?:
- ¿Cuántos supervisores tiene Ud. en su trabajo?
- ¿Cuáles son los horarios de mayor recarga en su trabajo habitual?:
- ¿Cuál es el periodo de mayor recarga dentro del mes de trabajo?:
- ¿Debe atender público? Si  No
- Sólo si responde Si, pase a las siguientes dos preguntas, números 13 y 14.
- ¿Cuántas personas en promedio por hora atiende?:
- Para aquellos casos en que los problemas superan su competencia resolutive, ¿Existe facilidad de comunicarse o derivar a otros niveles capacitados?:  
Si  No
- ¿Trabaja Ud. físicamente aislado del resto de la faena? Si  No
- ¿El nivel de ruido ambiental obliga a forzar la voz? Si  No
- ¿Implica su tarea, alzar, sostener y transportar carga? Si  No
- ¿Cuántos kilogramos tira, alza, sostiene y/o transporta?: Kg
- ¿Qué distancia recorre con ese peso? Metros
- ¿Cuántas veces repite esa tarea en una hora? Veces

ORIGINAL: COMISION ERGONOMICA NACIONAL

2

## ¿REBAJA DE EDAD?

### A. Artículo 68 bis. D.L. 3.500

- I - 2 años por cada 5 que efectúen el 2 % de cotización adicional, con tope de 10 años.
- II.- 1 año por cada 5 que efectúen el 1 % de cotización adicional, con tope de 5 años.

° Las fracciones de periodos de cinco años, dan derecho a rebaja proporcional por edad.

° Para acceder a estos derechos debe tener 20 años de cotizaciones o de sus servicios computables en cualquier régimen previsional y conforme a las normas pertinentes

### B.- Personas regidas por Regimenes del I.N.P. (Ley 19.177).

I.- 1 año por cada 5 que efectuó Trabajos Pesados, con tope de 5 años.

II.- 2 años por cada 5 años que efectúen Trabajados Pesados en Minas o canteras.

° Debe tener 23 años de cotizaciones en cualquier Régimen Previsional.

° Califica la Comisión Ergonómica Nacional, y su dictamen cubre todos los periodos posteriores a la entrada en vigencia de la Ley.

ANALISIS DE CARGA FISICA						
CARGA FISICA DINAMICA						
TRABAJO MANUAL						
POSTURA	Frecuencia por hora					
Agacharse						
Levantar objetos						
Transportar objeto						
Peso Medio _____ Kg.                      Peso máximo _____ Kg.						
Observaciones _____						
_____						
_____						
_____						
TRABAJO MECANIZADO						
Acciona equipo mecanizado?                      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
¿Cuál o cuáles equipos? _____						
_____						
_____						
_____						
CARGA FISICA ESTATICA						
Postura	Realiza esfuerzo		Mueve peso		% del tiempo para	
	si	no	si	no	ejecutar	Vigilar
Sentado						
De pie						
Arrodillado						
Agachado						
Observaciones _____						
_____						
_____						
_____						



## ANEXO N° 3

**CERTIFICADO DEL EMPLEADOR** ante requerimiento para calificación de Trabajo Pesado, ahora si el Empleador se opone, se debe concurrir a la Inspección del Trabajo, correspondiente al domicilio.

### 1.- IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR


- Auto explicativo

### 2. IDENTIFICACION DEL PUESTO DE TRABAJO.-

- Identificar puesto de trabajo a calificar.
- Identificar el área si la hubiese por contrato, de donde desarrolla el trabajo.
- Ej. Soldador de estructuras. Soldador de Tuberías, etc.

Esta parte del Formulario es clave, se debe señalar con claridad los equipos, maquinas y materiales con que se trabaja, sobretodo tipos de herramientas (manuales, automáticas, fijas, transportadas, etc.). Hay que señalar todas, aunque se ocupe esporádicamente algunas, o cuando la situación lo amerite.

ESTE TRAMITE NO REQUIERE DE INTERMEDIARIOS PARA SU TRAMITACION, SU TRAMITACION ES TOTALMENTE GRATUITA.



GOBIERNO DE CHILE  
COMISION ERGONOMICA NACIONAL  
www.ergonomica.cl

**FORMULARIO DE REQUERIMIENTO PARA CALIFICACION DE TRABAJOS PESADOS**  
LEY N° 19.484  
(Sólo Para Trabajos Posteriores al 21 de Agosto de 1995)

Número \_\_\_\_\_ R:

Fecha Recepción \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(USO EXCLUSIVO DE LA SEREMI)

Requerimiento Anterior  SI  NO  NO SABE

Número \_\_\_\_\_ R:

**I.- ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR**

**1.- IDENTIFICACION**

APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____
R.U.T.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____ (Día Mes Año)	SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>

**2.- DIRECCION**

CALLE O AVDA. _____	N° _____	BLOCK _____	DEPTO. _____
VILLA Y/O POBLACION _____	TELÉFONO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
COMUNA _____	CIUDAD _____		

**3.- ANTECEDENTES PREVISIONALES (PARA PENSION DE VEJEZ)**

3.1. ¿GOZA ACTUALMENTE USTED O ALGUNA PENSION DE VEJEZ, OTORGADA POR ALGUN SISTEMA PREVISIONAL CHILENO?  
 SI  NO

3.2. SISTEMA DE PREVISION AL CUAL ESTA AFILIADO:  
 INP (NOMBRE EX-CAJA PREVISION \_\_\_\_\_)  
 D.L. 3.500 DE 1980 (NOMBRE DE LA APP A LA CUAL ESTA AFILIADO ACTUALMENTE \_\_\_\_\_)

**II.- ANTECEDENTES DEL REQUERENTE**

**1.- TIPO DE REQUERENTE**

TRABAJADOR  EMPLEADOR  SINDICATO  DELEGADO DEL PERSONAL

EN PALABRAS \_\_\_\_\_

**2.- IDENTIFICACION DEL REQUERENTE (SIGA COMPLETANDO ESTE RECUADRO, SOLO SI EL REQUERENTE ES EL EMPLEADOR, EL SINDICATO O EL DELEGADO DEL PERSONAL)**

APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____
RAZON SOCIAL (SI ES PERSONA JURIDICA, POR EMPLEO EN EL CASO DEL EMPLEADOR O EL SINDICATO)		
R.U.T.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OD. ACTIVIDAD ECONOMICA (SI ES EL EMPLEADOR) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	R.S.U. (SI ES EL SINDICATO) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**3.- DIRECCION DEL REQUERENTE**

CALLE O AVDA. _____	N° _____	BLOCK _____	DEPTO. _____
VILLA Y/O POBLACION _____	TELÉFONO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
COMUNA _____	CIUDAD _____		

Página 1 de 2

## ANEXO N° 5

### ANALISIS DE CARGA FISICA

- **Auto explicativo**

## ANEXO N° 6

### ESFUERZOS SENSORIALES

El esfuerzo sensorial se refiere a la capacidad de recibir y seleccionar la información del medio externo, reconocer formas, objetos, sonidos, materiales, textura, etc. Que permitan efectuar discriminación de colores, distancias, tamaños, detalles, defectos, temperaturas, consistencia, etc.

- **Visual Alto:** Trabajo de gran minuciosidad. Ej. Montajes de pequeños compuestos.
- **Visual Medio:** Trabajo minucioso, Ej. Coser, dibujar.
- **Visual Bajo:** Trabajo de poca demanda visual. Ej. Empaquetar.
- **Auditivos Altos:** Trabajos que requieren esfuerzo auditivo permanente.
- **Auditivos Medios:** Trabajos que requieren esfuerzo auditivo periódico e intermitente.

## ¿Dónde hacer la Apelación?

1. El Lugar de presentación de este formulario es en la Secretaria Regional Ministerial del trabajo y Previsión Social que corresponde al domicilio del que apela.
2. El Formulario de Apelación esta impreso en triplicado, debiendo el funcionario correspondiente de la SEREMI, estampar el timbre y la firma a cada una de ellas, entregándole una de las copias al interesado. La SEREMI deberá remitir las dos copias restantes dentro de 5 días hábiles siguientes a la CA.
3. Una vez decepcionado el reclamo por la oficina de partes de la CEN, una copia firmada y timbrada deberá ser devuelta a la SEREMI, la cual estará encargada de guardarla por lo menos 5 años junto con los demás antecedentes del requerimiento que dio origen al reclamo.
4. Tiene que acompañar fotocopia autorizada ante Notario de la notificación del dictamen de la CEN.

- **Continua:** Trabajos que impliquen una atención sostenida prácticamente permanente, con escasa previsibilidad sobre la aparición de señales críticas, sobre las cuales hay que actuar con rapidez y cuyas consecuencias pueden ser importantes.

- **Mucha Vigilancia:** Trabajo que solicita la atención sostenida permanente y donde se puede producir conflicto por varias solicitudes simultáneas y críticas a la vez.

Control de distintas variables en procesos continuos y rápidos o de alta velocidad, donde pueden descontrolarse varias partes del proceso que requieran una intervención simultánea con alguna emergencia.

Ej. Cuadro de vigilancia y control de trefiladotas, rotativas de periódicos, máquinas textiles, líneas de embotellado, centralita telefónica con índice de llamadas superiores a 200 llamadas día.

- **Poca Vigilancia:** Trabajos que requieran escasa atención sostenida y en los que las inadvertencias de señales puedan ser corregidas por otros medios, inexistencia de presión de velocidad y elevada redundancia de señales (luminosas, sonoras, olfativas, etc.).

Ej. Trabajos de accionamiento/parada, producción semiautomática en operaciones de baja velocidad y o de formas intermitente.

## ANEXO N° 7

### CONDICIONES AMBIENTALES

- **Auto explicativo**

#### HIGIENE DEL TRABAJO

- Auto explicativa
- En la parte de la hoja el Representante de la empresa que lleno el formulario debe estampar su nombre, RUT., cargo y fecha en que firma el documento.

## ANEXO N° 8

### CUESTIONARIO A LLENAR VOLUNTARIAMENTE POR EL TRABAJADOR REQUERENTE DE CALIFICACION DE TRABAJO PESADO, QUE CONSTA DE 3 ANEXOS O PAGINAS.

- Auto explicativo. Este cuestionario se hace en una hoja, y corresponde a la descripción del Puesto de Trabajo que hace el propio Trabajador. Se deben señalar todos y cada uno de los detalles. Que hace, como lo hace, trabaja solo, tipos de jornadas (4x4, 7x7, 6x1, etc.), turnos rotativos, turnos de 8 o 12 horas o mas, descansos, zona geográfica, frío, calor, humedad, etc.