

# REQUISITO CERTIFICADO DE SALUD Y EXÁMEN DE ALTURA

| REQUISITO                             | F. INICIO                                | F. TÉRMINO                                                   | INSTITUCIÓN                                                                           | COMENTARIOS / CRITERIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Certificado salud y examen de altura. | Debe ser la fecha que se tomó el examen. | Debe ser la indicada como término de la vigencia del examen. | Organismo en el que se efectuó el examen. Si no está en SIGA indicar "Centro médico". | <p>Para la acreditación del trabajador, debe ingresar el Examen de Altura Geográfica o Altura Física según el área de trabajo. Debe estar vigente y sin contraindicación para el desempeño de las funciones.</p> <p>Si no se cumple con estas condiciones, no es factible la acreditación.</p> <p>El documento debe cumplir los parámetros de acuerdo al área de trabajo (Puerto, Mauro, Chacay y Mina), De lo contrario Sercol deriva documento a policlínico según las siguientes modalidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carga y envía a validación el documento en SIGA y sercol lo envía a policlínico. (Enviar en formato de documento)</li> <li>2. Si no lo cargó en SIGA, se deben enviar a evaluación vía correo electrónico a <a href="mailto:acreditación@sercol.cl">acreditación@sercol.cl</a> y debe indicar en el asunto "evaluación policlínico, nombre y RUT del trabajador", según lineamiento de SSO MLP.</li> </ol> |