

PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES

CODIGO: PHAS-14

REVISION

N.- 03

FECHA




JUL. 2013

HOJA

1 de 7

CONTENIDO

1. OBJETO
2. ALCANCE
3. DEFINICIONES
4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA
5. RESPONSABILIDAD
6. EJECUCION
7. ANEXOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Cargo: Jefe de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo <u>Medico Ocupacional</u>	Cargo: Jefe de <u>Seguridad y Salud</u> Jefe de Gestión de Procesos y Calidad	Cargo: <u>Gerente de Ambiente, Seguridad y Responsabilidad</u>
Firma: 	Firma: 	Firma: 

PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES

CODIGO: PHAS-14

REVISION

N.- 03

FECHA

JUL. 2013

HOJA

2 de 7

1. OBJETO:

Establecer la metodología a seguir para la notificación interna, aviso, investigación y el reporte de los accidentes que se ocurren en la empresa.

2. ALCANCE:

El presente procedimiento aplica a los accidentes laborales que ocurren en la Empresa.

3. DEFINICIONES:

3.1 Accidente de trabajo: Todo suceso imprevisto, repentino no deseado que ocasione al trabajador lesión corporal, perturbación funcional o la muerte inmediata o posterior, con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, cuando se produjere en los siguientes eventos:

- a) El que se produjere en el lugar de trabajo, o fuera de él con ocasión o como consecuencia del mismo.
- b) El que ocurriere en la ejecución de órdenes del empleador o por comisión de servicio, fuera del propio lugar de trabajo, con ocasión o como consecuencia de las actividades encomendadas.
- c) El que ocurriere por la acción de terceras personas o por acción del empleador o de otro trabajador durante la ejecución de las tareas y que tuvieren relación con el trabajo.
- d) El que sobreviniere durante las pausas o interrupciones de las labores, si el trabajador se hallare a orden o disposición del patrono.
- e) El que ocurriere con ocasión o como consecuencia del desempeño de actividades gremiales o sindicales de organizaciones legalmente reconocidas o en formación.

3.2. Accidente "in itinere" (en tránsito): Cuando el accidente y/o incidente ocurre en el trayecto del trabajo a casa o de la casa al trabajo. Siempre y cuando el recorrido se sujete a una relación cronológica de inmediatez entre las horas de entrada y salida del trabajador.

En estos casos deberá comprobarse la circunstancia de haber ocurrido el accidente en el trayecto del domicilio al trabajo o viceversa, mediante la apreciación libre de pruebas presentadas e investigadas por la Institución.

El trayecto no podrá ser interrumpido o modificado por motivos de interés personal, familiar o social.

3.3 Investigación de Accidentes Conjunto de acciones tendientes a establecer las causas reales, potenciales y fundamentales que originaron el accidente de trabajo para plantear soluciones que eviten su repetición.

3.4. Responsable del Equipo de trabajo: Trabajador o servidor designado por el jefe de la dependencia para supervisar las tareas de acuerdo a las órdenes de trabajo emitidas.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Constitución Política de la Republica del Ecuador
- Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decisión 584).
- Código del Trabajo
- Código de la Salud

EMPRESA PUBLICA METROPOLITANA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO OHSAS 18001	PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES CODIGO: PHAS-14	REVISION	N.- 03
		FECHA	JUL. 2013
		HOJA	3 de 7

- Reglamento 2393 de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente del Trabajo (Reg. Of. 565 del 17 de Noviembre de 1986)
- Reglamento General del Seguro de Riesgos del Trabajo del IESS (Resolución C.I. 390) dictada por el Consejo Superior el 10 de noviembre de 2011
- SART.- Sistemas de Auditoría de Riesgos del Trabajo Resolución CD.333
- Reglamento Interno de Seguridad y Salud
- Contratación Colectiva
- Norma OHSAS18001

5. RESPONSABILIDAD:

El Gerente de Ambiente, Seguridad y Responsabilidad es responsable de aprobar y supervisar el cumplimiento del presente procedimiento.

El Jefe de Seguridad y Salud revisa el procedimiento junto con el Jefe de Gestión de Procesos y Calidad. El Jefe del Departamento de Seguridad y Salud es el responsable de hacer cumplir el procedimiento a través de las unidades que conforman el departamento; dependencias que elaboran, actualizan y ejecutan el procedimiento.

Los Jefes departamentales y de Unidad son los responsables de notificar los accidentes ocurridos en sus respectivas áreas a fin de dar cumplimiento al presente procedimiento. Las Jefaturas Departamentales, de Unidad, Jefes inmediatos y/o responsables del equipo de trabajo, tienen la responsabilidad de difundir y aplicar el presente procedimiento y de participar en la investigación de los accidentes, que ocurran en el área de su competencia y participan en la definición de las recomendaciones que genere la investigación del accidente de trabajo.

El Trabajador que sufre el accidente, los compañeros de trabajo y los familiares, si es necesario, proporcionarán información en el proceso de reporte e investigación.

La aplicación de medidas correctivas y/o preventivas, derivadas de la investigación de accidentes y que han sido acordadas con el jefe inmediato del accidentado, serán de cumplimiento obligatorio para los empleados y funcionarios de la EPMAPS involucrados.

6. EJECUCION:

6.1. Entrega del Formulario NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES/ACCIDENTES

El Departamento de Seguridad y Salud, a través del técnico responsable de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo enviará, vía correo electrónico, el formulario de Notificación de Incidentes y Accidentes.

6.2. Notificación Interna de Accidentes

El responsable del equipo de trabajo, jefe, coordinador o responsable de cada área, informará a la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo la ocurrencia del accidente en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido el siniestro utilizando el Formulario "Notificación Interna de Incidente y/o Accidente". Anexo 1(mismo formato de incidentes).

El técnico de Seguridad y Salud responsable registrará el accidente en el Cuadro de Accidentes Reportados, Anexo 7, distinguiendo aquellos que son reportados al IESS.

6.3 Comunicación a Gestión del Talento Humano y Unidad de Seguros

EMPRESA PUBLICA METROPOLITANA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO OHSAS 18001	PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES CODIGO: PHAS-14	REVISION	N.- 03
		FECHA	JUL. 2013
		HOJA	4 de 7

Dentro de 48 horas de recibir la notificación del accidente y, de ser necesario, el técnico responsable de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo direccionará al trabajador o a un familiar para que presente en la Gerencia de Talento Humano los documentos habilitantes conforme la ley y las reglamentaciones internas para certificar su ausencia o solicitará el apoyo de un profesional de la Unidad de Gestión Psicosocial para que apoye al trabajador en estas diligencias. Los documentos médicos serán revisados por la Unidad de Servicios Médicos previo a la entrega a Talento Humano.

El Departamento de Seguridad y Salud a través de correo interno, comunicará sobre el accidente de trabajo sucedido a la Unidad de Seguros a efecto de que se realicen los trámites que corresponda a esa área, en un plazo no mayor a las 48 horas de recibir la notificación del evento.

6.4 Aviso y Reporte a la División de Riesgos del Trabajo del IESS

El técnico responsable de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo se comunicará con el accidentado o con un familiar para llenar en forma conjunta el formulario "Aviso de Accidente de Trabajo", anexo 2.

El Departamento de Seguridad y Salud en el plazo máximo de 10 días laborables, contados desde la fecha del siniestro presentará el "Aviso de Accidente de Trabajo" Anexo 2, a la División de Riesgos del Trabajo del IESS de acuerdo al Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo, Resolución No. C.D. 390.

6.5 Investigación de Accidentes

La investigación de accidentes es una herramienta fundamental para el control de las condiciones de trabajo, y permite obtener información para determinar acciones correctivas y/o preventivas para evitar la recurrencia de los eventos que provocaron el accidente.

La investigación de accidentes será realizada por un equipo multidisciplinario, conformado por:

- Jefe Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo o su delegado técnico,
- Médico de Salud Ocupacional,
- Jefe Unidad de Gestión Psicosocial o su delegado,
- Jefe del Departamento donde ocurrió el hecho o su delegado,
- Jefe de la Unidad y/o el jefe inmediato en la cual labora el trabajador accidentado,
- El Trabajador accidentado si sus condiciones de salud lo permiten, testigos presenciales/referenciales o un familiar de ser necesario.

Para el manejo de accidentes con contratistas, el fiscalizador de obra ejecutará las acciones necesarias para el reporte del evento en plazos y actividades acorde a lo requerido para el manejo de accidentes internos conforme a este procedimiento. Luego de la notificación que realizará el fiscalizador y dentro de las 48 horas posteriores a recibir la notificación, el técnico responsable realizará las investigaciones respectivas y verificará el cumplimiento de requisitos legales. El técnico de Seguridad e Higiene del Trabajo registrará el accidente con contratistas en una página adjunta al Anexo No. 7 y emitirá el reporte respectivo para conocimiento de las partes interesadas.

En caso de existir delegaciones, estas deben ser por escrito.

6.5.1. Recopilación de información

El técnico delegado por la Jefatura de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo, se comunica con el denunciante, accidentado y/o familiar si es necesario, solicitará la información sobre los hechos, para lo cual procederá a una entrevista personal o vía telefónica. Concurrirá al lugar del accidente para levantar la información, coordinar con el Jefe inmediato del accidentado, entrevistar a los testigos presenciales/referenciales.

**PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES**

CODIGO: PHAS-14

REVISION N.- 03

FECHA JUL. 2013

HOJA 5 de 7

El técnico o su delegado convocan vía correo electrónico al equipo multidisciplinario para proceder a la investigación a fin de tomar las acciones correctivas y preventivas para que no vuelva a ocurrir el accidente.

El técnico responsable de la Unidad e a cargo de la investigación deberá analizar el puesto de trabajo, el funcionamiento y características tecnológicas de los medios de trabajo, factores asociados a la conducta, factores de riesgo y otros del entorno laboral, recopilará la siguiente documentación:

- Fotografías relacionadas con el entorno del accidente, videos en caso de existir
- Testimonio del trabajador accidentado (de prestarse las condiciones)
- Testimonio de los compañeros de trabajo y otros testigos referenciales
- Copia del Informe médico
- Parte Policial (si existiera)
- Informes médicos emitidos por la Unidad de Servicios Médicos de la Empresa o del centro médico donde fue atendida la víctima del accidente, éstos últimos deberán ser avalizados por el Jefe de la Unidad de Servicios Médicos de la EPMAPS.
- Otros elementos que sirvan de evidencia en la investigación

6.5.2 Determinación del Plan de Acción medidas correctivas

La investigación se basa en la información documental y de campo obtenida por el técnico responsable y mediante la aplicación de una metodología se determinan las causas directas, indirectas y básicas o raíz, para complementar el "Informe Ampliatorio de Accidentes", Anexo 4; con el Cuadro de Accidentes Investigados, Anexo 7.

Una vez determinada la(s) causa(s) raíz, el equipo multidisciplinario definirá el Plan de Acción. El Departamento de Seguridad y Salud, a través de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo, en una plazo no mayor a las 48 horas de definido el Plan de Acción, difundirá el Plan de Acción a las áreas involucradas para su cumplimiento; el técnico responsable de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo dará seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones y reportará a la Jefatura inmediata las novedades.

La metodología aplicada, la causa raíz y las acciones correctivas serán debidamente documentadas y registradas en el "Informe de Investigación de Accidente", Anexo 5. Para la definición del Plan de Acción se considerará lo establecido en relación a la Gestión del Cambio, proceso definido en el Procedimiento P-431.

En un plazo máximo de 25 días calendario de ocurrido el hecho; el equipo de investigación, redactará el INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES, el que será revisado por la Jefatura de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo y aprobado por la Jefatura de Seguridad y Salud.

La Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo archiva en medio magnético y/o físico los originales de los registros considerando los criterios establecidos en el Listado Maestro de Registros, respecto al tiempo de retención y destino final.

Los accidentes investigados se registran en el Cuadro de Accidentes Investigados y se identificarán los casos de reincidencia.

En caso de que Riesgos del Trabajo del IESS, emita el informe sobre el cambio de puesto de labores por causa del accidente calificado, el Médico Ocupacional emitirá el pronunciamiento a Gestión del Talento Humano para el trámite respectivo sobre las recomendaciones para precautelar la seguridad y salud del trabajador.

El técnico responsable de a investigación de accidentes emitirá un informe trimestral sobre el

**PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES**

CODIGO: PHAS-14

REVISION

N.- 03

FECHA

JUL. 2013

HOJA

6 de 7

estado de las investigaciones y sus resultados para conocimiento de la Jefatura de Seguridad e Higiene del Trabajo quien realizará las acciones pertinentes en los casos que se requiera hacerlo.

El técnico responsable de investigación de accidentes es el responsable de verificar el cumplimiento de las acciones acordadas.

6.5 Registro de Accidentes

Conforme el art. 15 (d) del Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo, el Departamento de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, a través de la(s) Unidad(es) correspondiente(s), llevarán el registro de Accidentalidad, Ausentismo y Evaluación Estadística de los Resultados. Para tal efecto, se utiliza el CUADRO DE ACCIDENTES REPORTADOS E INVESTIGADOS y trimestralmente informará al Comité Paritario de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo y al Subcomité de Seguridad y Salud de área.

6.6. Comunicación a la Gerencia General

El Jefe del Departamento de Seguridad y Salud, elabora un resumen ejecutivo del accidente para la Gerencia General; incluyendo al menos, el reporte preliminar del accidente, el detalle de los daños causados, el análisis de causa y la(s) acción(es) correctiva(s) y/o preventiva(s) propuesta(s).

6.7. Verificación de la eficacia de la acción correctiva o preventiva

Trimestralmente, el Jefe de Seguridad y Salud remitirá al Departamento de Gestión de Procesos y Calidad el Cuadro de Accidentes Reportados e Investigados (Anexo No. 7), una vez recibida la información, el funcionario de Gestión de Procesos y Calidad responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional analizará la necesidad de la adopción de medidas correctivas/preventivas y de ser el caso, procederá conforme lo establecido en el "Procedimiento para aplicación de las acciones correctivas y/o preventivas en el Sistema Integrado de Gestión (CASS)" P-852-853-453-453". El Auditor Líder, realizará el seguimiento y la verificación de la eficacia de las acciones tomadas.

6.8 Archivo de Documentación de Accidentes

El Departamento Seguridad y Salud a través de la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo mantendrá en archivo físico y magnético de los expedientes de los accidentes, que luego de 5 años enviará a Secretaría General para que mantenga la custodia por el tiempo de 20 años por corresponder a la función pública.

Cada expediente contendrá principalmente los siguientes documentos:

- Notificación interna de incidentes y accidentes.
- Copia del Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo al IESS
- Copia del certificado médico y/o permisos médicos.
- Copia de Cédula del trabajador
- Informe Ampliatorio de Accidentes
- En caso de que exista, se debe adjuntar, el Informe de Investigación de accidente por parte del equipo multidisciplinario.
- Documentación adicional (si existiere)

La información pertinente debe ser archivada en la historia clínica-laboral del accidentado.

P

PROCEDIMIENTO PARA NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES

CODIGO: PHAS-14

REVISION

N.- 03

FECHA

JUL. 2013

HOJA

7 de 7

7.- ANEXOS:

1. Notificación Interna de Incidente y/o Accidente, Anexo 1.
2. Formulario de "Aviso de Accidente de Trabajo" de Riesgos del Trabajo, Anexo 2.
3. Instrucciones para el aviso y reporte de accidentes de trabajo al IESS, Anexo 3
4. Informe ampliatorio de Accidentes, Anexo 4
5. Informe de Investigación de Accidentes, Anexo 5
6. Acta de Reunión para análisis de causa raíz de incidentes en obras, prestación de servicios y consultoría contratadas, Anexo 6
7. Cuadro de Accidentes Reportados e Investigados por la EPMAPS, Anexo 7



NOTIFICACIÓN INTERNA DE INCIDENTE Y/O ACCIDENTE

CON LESIÓN

SIN LESIÓN

Fecha de Notificación (aa/mm/dd):

Hora:

DATOS DEL INFORMANTE

Nombres y Apellidos del informante:

Teléfono:

Unidad / Departamento:

PERSONAS AFECTADAS

Nombres y Apellidos del accidentado:

Dir Domicilio

Teléfono:

Código:

Unidad / Departamento del afectado:

Nombres y Apellidos de un contacto:

Puesto del accidentado:

Funciones del accidentado:

DATOS ACERCA DEL INCIDENTE Y/O ACCIDENTE

Fecha (aa/mm/dd):

Lugar y hora del incidente y/o accidente:

Descripción breve de lo ocurrido:

Consecuencia: Lesión o Muerte:

Causas que lo originan:

Medidas preventivas propuestas:

Daños Materiales:

Personas Presentes (nombre/apellido/funciones):

Firma:

Jefe Inmediato o Delegado

Firma:

Especialista en Accidentes Laborales

Nombre:

Informante

Nombre:

Receptor



I. DATOS GENERALES

1. Identificación General de la Empresa

Razón Social (*): _____ RUC (*): _____
 Actividad Económica Principal (*): _____ No. Patronal: _____
 Dirección (*): _____ Referencia (*): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (*): _____ Ciudad (*): _____ Sector (*): _____
 Teléfono 1 (*): _____ Teléfono 2: _____ Fax: _____ Email: _____
 Nombre del Representante Legal (*): _____ No. Trabajadores (*): Administrativos: _____ Operativos: _____
 Número de sucursales que posee: _____

2. Identificación de la persona accidentada

Apellidos (*): _____ Nombres (*): _____
 Cédula/Doc. Identificación (*): _____ Fecha de Nacimiento (*): (dd/mm/aaaa) Edad (*): 29 Género: M F
 Estado Civil (*): Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre ¿Pertenece al grupo vulnerable? (*): Sí No
 Dirección (*): _____ Referencia (*): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (*): _____ Ciudad (*): _____ Sector (*): _____
 Teléfono 1 (*): _____ Teléfono 2: _____
 Escolaridad (*): Ninguna Elemental Básica Profesional Superior Cuarto Nivel Profesión (*): _____ Horario Regular de Trabajo (*):
 Bachillerato Superior Cuarto Nivel Ocupación (*): _____ De: 07:00 (hh24:mi) A: 15:00 (hh24:mi)
 Tiempo en el puesto de trabajo (*): 0 - 6 meses 7 - 11 meses 1 - 2 años 3 - 5 años 6 - 10 años 11 - 15 años más de 15 años

II. DETALLES DEL ACCIDENTE

3. Información del accidente

Día de la Semana (*): _____ Fecha del Accidente (*): (dd/mm/aaaa) Hora (*): 18:00 (hh24:mi) Fallecimiento Incapacidad
 Lugar del Accidente (*): En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En comisión de servicios
 En desplazamiento en su jornada laboral Al ir o volver del trabajo en itinere
 Dirección (*): _____ Referencia (*): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (*): _____ Ciudad (*): _____ Sector (*): _____

4. Descripción y circunstancias del accidente

Describir que hacía el trabajador y cómo se lesionó (*): *(Describir la actividad que desarrollaba al momento del accidente, las herramientas, equipos y/o materiales que utilizaba)*

¿Era su trabajo habitual? (*): Sí No

¿Há sido accidente de tránsito? (*): Sí No

Partes lesionadas del cuerpo (*): _____

Persona que lo atendió inmediatamente(*): _____

El accidentado fue trasladado a (*): _____

5. Información de testigos

Testigo 1

Apellidos: _____ Nombres: _____ Teléfono: _____
 Dirección Domiciliaria: _____

Testigo 2

Apellidos: _____ Nombres: _____ Teléfono: _____
 Dirección Domiciliaria: _____

III. CERTIFICACIONES

 Firma y Sello del Patrono
 Nombre: _____

 Firma del Denunciante
 Nombre: _____ No. Cédula: _____

ZONA DE USO EXCLUSIVO DEL IESS

Lugar y Fecha de Recepción: _____

 Firma y sello del funcionario

IV. INFORME MÉDICO INICIAL

6. Datos que debe llenar el médico que atendió al accidentado

(En caso de no poder llenar esta sección, debe presentar el certificado y/o informes médicos originales, sellados y firmados por el médico o casa de salud donde fue atendido el accidentado)

Lugar de atención: _____ Fecha de atención: _____ (dd/mm/aaaa) Hora: _____ (hh:24:mi)
Presenta síntomas de: Intoxicación por alcohol:
Intoxicación por otras drogas:
Otros datos: Hubo riña:
Hay sospecha de simulación:
Descripción de lesiones: _____

Unidad médica que informa: _____

Fecha que emite el informe: _____ (dd/mm/aaaa) Nombre del Facultativo: _____
No. Cédula: _____
No. Código médico: _____

Firma y Sello

V. INFORME DE MEDICINA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

Naturaleza de la lesión:

10. Fracturas 20. Luxaciones 25. Torceduras y Esguinces 30. Conmociones y Traumatismos Internos 40. Amputaciones y Enucleaciones
41. Otras Heridas 50. Traumatismos Superficiales 55. Contusiones y Aplastamientos 60. Quemaduras 70. Envenenamientos agudos e intoxicaciones
80. Efectos del tiempo de la exposición al frío, a los elementos y de otros estados de conexión 81. Asfixia 82. Efectos de la Electricidad
83. Efectos de las Radiaciones 90. Hernias 90. Lesiones Múltiples

Parte del cuerpo afectada:

1. CABEZA	2. CUELLO	4. MIEMBRO SUPERIOR D I	5. MIEMBRO INFERIOR D I
1.1. Región craneana		4.1. Hombro	5.1. Cadera
1.2. Ojo D I	3. TRONCO	4.2. Brazo	5.2. Muslo
1.3. Oreja D I	3.1. Espalda	4.3. Codo	5.3. Rodilla
1.4. Boca	3.2. Tórax	4.4. Antebrazo	5.4. Pierna
1.5. Nariz	3.3. Abdomen	4.5. Muñeca	5.5. Tobillo
1.6. Cara	3.4. Pelvis	4.6. Mano	5.6. Pie
		4.7. Dedos	5.7. Dedos

6. UBICACIONES MÚLTIPLES

7. LESIONES GENERALES

Las lesiones descritas provocan: Incapacidad Temporal **Trámite a seguir:** Subsidio
Incapacidad Permanente CVI
Se evaluará al alta Archivo

Las lesiones que presenta el afiliado (Si/No) _____ tienen relación directa con el accidente.

Las lesiones que presenta el accidentado (Si/No) _____ lo incapacitan para ejecutar su trabajo.

El accidentado tenía los defectos físicos o funcionales, que a continuación se indican, antes de ocurrir el accidente:

Observaciones: _____

Lugar y Fecha de valoración: _____

Nombre del Médico del SGRT: _____

No. Cédula: _____

Firma y sello

NOTA: Los campos especificados con (*) deben llenarse de forma obligatoria.



ANEXO No. 3

INSTRUCCIONES PARA EL AVISO Y REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO AL IESS
CÓDIGO: THAS-01

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CAS

REV.: 00 JULIO 2013

Nº	Procedimiento	Documento	Requisitos del documento	Responsable	Dirigido a	Plazo de ejecución
1	Dar aviso inmediato del accidente incidente vía correo electrónico (Intranet)	Formulario de Notificación Interna de Incidente y/o Accidentes	A ser llenado por el jefe inmediato del accidentado o su delegado, describir la información solicitada	Jefe inmediato del accidentado	Jefatura del Departamento Seguridad y Salud Servicio Médico/ Bienestar Social Gestión del Talento Humano	2 días término luego de ocurrido el evento o accidente
2	Registrar información del accidente laboral en el formulario respectivo para frontal.	Formulario Aviso de Accidente de Trabajo del Seguro General de Riesgos del Trabajo (lado ambrosio)	Se llenará en las oficinas del Departamento de Seguridad y Salud, el tramitante deberá conocer los detalles del accidente y datos personales del accidentado	Técnico del Departamento de Seguridad y Salud	Departamento de Seguridad y Salud	Día 5 luego del accidente.
3	Completar el aviso de accidente parte posterior del formulario por parte del médico tratante inicial	Formulario Aviso de Accidente de Trabajo del Seguro General de Riesgos del Trabajo	Llenará el Informe Médico Inicial con esfera azul - lugar, fecha que afectó al accidentado, descripción de lesiones, unidad médica que informa, nombre, firma y sello del facultativo en el formulario original	Médico Ocupacional Médico Privado o Médico del IES.	Riesgos del Trabajo IESS	Hasta el día 10 término, luego de ocurrido el accidente
4	Solicitar el certificado médico y/o permisos médicos avalizados por el IESS de asistencia en el accidente	Certificado Médico	En papel institucional; lugar y fecha de emisión (aa/mm/ddd), nombre completo del accidentado, diagnóstico claro (no abreviaturas), fechas de descanso con días totales y desde - hasta, fecha de cirugía y fecha de alta si amerita, sello con nombre y código del médico. Presentar en original y 2 copias.	Familiar del accidentado y/o accidentado	División de Riesgos del Trabajo / Gestión del Talento Humano	Hasta el día 10 término, luego de ocurrido el accidente
5	Sacar tres (3) copias del aviso de accidente de trabajo para firma original con esfera azul en cada una de las copias por parte del Jefe del Departamento de Seguridad y Salud	Formulario Aviso de Accidente de Trabajo del Seguro General de Riesgos del Trabajo	Blanco y negro, firmas y sellos originales	Técnico del Departamento de Seguridad y Salud	Departamento de Seguridad y Salud	Hasta el día 10 término, luego de ocurrido el accidente
6	Sacar una copia simple de la cédula de identidad y papeleta de votación del accidentado	Una Copia	Blanco y negro	Accidentado o un familiar	División Riesgos del Trabajo IESS	Desde el día 10 hasta el día 15 término luego del día ocurrido el evento o accidente.
7	Sacar una copia de la cédula de identidad y papeleta de votación del testigo	Una Copia	Color	Testigo presencial o referencial	División Riesgos del Trabajo IESS	Desde el día 10 hasta el día 15 término luego del día ocurrido el evento o accidente.
8	Informe ampliatorio con horario de trabajo, y detallado en original sobre los hechos que precedieron al accidente de trabajo con nombre, firma y sello de responsabilidad por parte del Jefe de Seguridad y Salud.	Informe Ampliatorio de Accidentes (Informe preliminar de accidentes)	Datos del accidentado, fecha de elaboración del informe, antecedentes, observación, firma de la persona que elabora y del Técnico de Seguridad e Higiene del Trabajo, sello de responsabilidad	Técnico del Departamento de Seguridad y Salud	Riesgos del Trabajo IESS	Desde el día 10 hasta el día 15 término, luego de ocurrido el accidente
9	USHT se contacta con el representante del accidentado para que lleve conjuntamente con una persona de USHT el aviso de accidente y el informe ampliatorio adjuntando las copias del accidentado y testigo	Aviso de Accidente de Trabajo, Informe Ampliatorio	Los avistos son sellados en Riesgos del Trabajo y una copia es devuelta a Seguridad e Higiene del trabajo	Técnico del Departamento de Seguridad y Salud	Riesgos del Trabajo IESS	Desde el día 10 hasta el día 15 término luego de ocurrido el accidente
10	Declaración del accidente con el accidentado, testigo presencial, referencial o representante legal de la empresa	Declaración Verbal en Calificación de Riesgos del Trabajo IESS	Toda la documentación del accidentado y testigo descrita en el presente procedimiento	Testigo y accidentado	Riesgos del Trabajo IESS	Hasta el día 15 término, luego de ocurrido el accidente
11	Proporcionar información a Jefe inmediato, accidentado o familia sobre tiempo de reposo, presentación de certificados y devolución de subsidio de enfermedad	Informar y recuperar subsidio	Llamada telefónica o entrevista directa con la familia del accidentado o correo electrónico al jefe inmediato	Gestión de Talento Humano	Jefe inmediato, accidentado o familiar	A partir de la calificación del accidente laboral, 30 días término luego de ocurrido el accidente
12	En caso de fallecimiento reunir los Departamentos Seguridad y Salud con Departamento de Seguros cumplir con los 11 puntos anteriores	Llenar formulario de Seguro de vida	Enviar la información al departamento de Seguros para aplicación de póliza de seguros de vida	Departamento de Seguros	Entidad responsable de cubrir póliza de seguros por accidente o muerte	A partir del día 2 del accidente laboral del trabajador.

CONTACTOS PARA LA EJECUCIÓN DEL INSTRUCTIVO

DEPARTAMENTO.	RESPONSABLE	MAIL INSTITUCIONAL	TELEFONOS	DIRECCION
Gestión Talento Humano	Jefe del Departamento	Kity.Villarreal@aguquito.gob.ec	2501 225 ext.2169	Calle Alemania y Mariana de Jesús, Edificio Matriz Antiguo 4to piso
Gestión del Talento Humano	Susana Cueva	Susana.Cueva@aguquito.gob.ec	2501 225 ext.2173	Calle Alemania y Mariana de Jesús, Edificio Matriz Antiguo Primer Piso
U. Seguridad y Salud Ocupacional	Aida Tulcanaza	Aida.Tulcanaza@aguquito.gob.ec	2995400 ext. 4356	Av. Mañoca y Occidental, Tanque de Chapuruz
Departamento de Seguridad y Salud	María del Carmen Urresta	María.Urresta@aguquito.gob.ec	2994400 ext. 4082	Av. Mariana de Jesús y Martín de Utreras
Seguros	María Jesús Alvarado	María.Jesús.Alvarado@aguquito.gob.ec	2501-225 ext. 2193	Calle Alemania y Mariana de Jesús, Edificio Matriz Antiguo Primer Piso
Bienestar Social	Guido Hernández	Guido.Hernández@aguquito.gob.ec	2995 400 ext.4064	Av. Mariana de Jesús y Martín de Utreras



INFORME AMPLIATORIO

CÓDIGO: FHAS-09

SISTEMA
INTEGRADO DE
GESTION CASS
REV.: 00
JULIO 2013

DATOS GENERALES DEL CENTRO DE TRABAJO

RAZON SOCIAL PATRONAL	1768154260001		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	OTHON ZEVALLOS MORENO		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD DEL TRABAJO	ING. MA.DEL CARMEN URRESTA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO MEDICO DE LA EMPRESA	DR. JUAN JARAMILLO ITURRALDE		
ACTIVIDAD Y PRODUCTO PRINCIPAL	PROVISION DE SERVICIOS Y SANEAMIENTO		
NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES	2270		
DIRECCION EXACTA DE LA EMPRESA	AV. MARIANA DE JESUS R/ ITALIA Y ALEMANIA		
PROVINCIA	PICHINCHA	CIUDAD	QUITO
CANTON	QUITO	DIRECCION ELECTRONICA	emaapq@aguaquito.gob.ec

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE DEL ACCIDENTADO	EDAD
CEDULA DE CIUDADANIA	SEXO
DIRECCION DEL ACCIDENTADO	VINCULO LABOR
TELEFONO REFERENCIA	ACTIVIDAD LABORAL EL
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MOMENTO DEL ACCIDENTE
ACTIVIDAD LABORAL	JORNADA DE TRABAJO
EXPRECIAN LABORAL	

DATOS DEL ACCIDENTE

SITIO O LUGAR DEL ACCIDENTE	CALLE O CARRETERA
CIUDAD	FECHA DEL ACCIDENTE
HORA DEL ACCIDENTE	FECHA RECEPCION AVISO AC
PERSONAS ENTREVISTADAS	TESTIGO
CARGO	CARGO

ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

HORARIO DE TRABAJO

TURNOS:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ENTRADA:		SALIDA	
OBSERVACIONES :			

ELABORADO POR :	REVISADO Y AUTORIZADO POR:
TECNICO DE SEGURIDAD E HIFIENE DEL TRABAJO	JEFE UNIDAD SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO

Handwritten signature in blue ink.



ANEXO No. 5

INFORME DE INVESTIGACIÓN
ACCIDENTE

Nro _____
 CON LESION
 SIN PERDIDA DE TIEMPO
 CON PERDIDA DE TIEMPO

SISTEMA INTEGRADO
DE GESTIÓN CASS

CÓDIGO: FHAS-10

REV.: 00 JULIO 2013

NOMBRE:		1	FECHA INGRESO:	2	CODIGO TRABAJADOR:	3	CODIGO AREA:	4
CARGO:			5	FUNCION HABITUAL:		6	VÍNCULO LABORAL	
							PLANTILLA <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/>	
EDAD	8	SEXO	9	ESTADO CIVIL:	10	INSTRUCCIÓN	11	EXPERIENCIA LABORAL EN EL SITIO:
DÍA Y HORA DEL ACCIDENTE:		13		SITIO DEL ACCIDENTE		14		
ACTIVIDAD EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE				15		TAREA QUE REALIZABA		
						16		

FECHA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN:

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE 17

VERSIÓN COMPLEMENTARIA:

A. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS

CAUSAS DIRECTAS	18	CAUSAS INDIRECTAS	19
CONDICIONES SUBESTÁNDAR (TÉCNICO)		FACTORES DE TRABAJO DESARROLLADOS	
01 PROTECCIONES Y RESGUARDOS INADECUADOS	<input type="checkbox"/>	01 SUPERVISIÓN Y LIDERAZGO DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>
02 EQUIPOS DE PROTECCIÓN INADECUADOS O INSUFICIENTES ...	<input type="checkbox"/>	02 INGENIERÍA INADECUADA	<input type="checkbox"/>
03 HERRAMIENTAS, EQUIPOS O MATERIALES DEFECTUOSOS	<input type="checkbox"/>	03 DEFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES	<input type="checkbox"/>
04 ESPACIO LIMITADO PARA DESENVOLVERSE	<input type="checkbox"/>	04 MANTENIMIENTO DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>
05 SISTEMAS DE ADVERTENCIA INSUFICIENTES	<input type="checkbox"/>	05 HERRAMIENTAS Y EQUIPOS INADECUADOS	<input type="checkbox"/>
06 PELIGRO DE EXPLOSIÓN O INCENDIO	<input type="checkbox"/>	06 ESTÁNDARES DEFICIENTES DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
07 ORDEN Y LIMPIEZA DEFICIENTES EN EL LUGAR DE TRABAJO ..	<input type="checkbox"/>	07 USO Y DESGASTE	<input type="checkbox"/>
08 CONDICIONES AMBIENTALES PELIGROSAS:		08 ABUSO O MALTRATO	<input type="checkbox"/>
GASES, VAPORES, POLVOS Y HUMOS	<input type="checkbox"/>	09 OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>
09 EXPOSICIONES AL RUIDO	<input type="checkbox"/>	FACTORES PERSONALES (CONDUCTA DE LA PERSONA)	
10 EXPOSICIONES A RADIACIONES	<input type="checkbox"/>	01 CAPACIDAD FÍSICA/FISIOLÓGICA INADECUADA	<input type="checkbox"/>
11 EXPOSICIONES A TEMPERATURAS ALTAS O BAJAS	<input type="checkbox"/>	02 SENSIBILIDAD A CIERTAS SUSTANCIAS O ALERGIAS	<input type="checkbox"/>
12 ILUMINACIÓN EXCESIVA O DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>	03 VISIÓN DEFECTUOSA	<input type="checkbox"/>
13 VENTILACIÓN INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	04 INCAPACIDAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>
14 OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>	05 TEMORES Y FOBIAS	<input type="checkbox"/>
ACCIONES SUBESTÁNDAR (CONDUCTA DE LA PERSONA)		06 PROBLEMAS DE MEMORIA	<input type="checkbox"/>
01 OPERAR EQUIPOS SIN AUTORIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	07 INSUFICIENCIA DE OXÍGENO	<input type="checkbox"/>
02 NO SEÑALAR O ADVERTIR	<input type="checkbox"/>	08 SOBRECARGA EMOCIONAL	<input type="checkbox"/>
03 FALLA EN ASEGURAR ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/>	09 RUTINA, MONOTONÍA	<input type="checkbox"/>
04 OPERAR A VELOCIDAD INADECUADA	<input type="checkbox"/>	10 ORDENES CONFUSAS	<input type="checkbox"/>
05 PONER FUERA DE SERVICIO LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD ..	<input type="checkbox"/>	11 PREOCUPACIÓN DEBIDO A PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>
06 ELIMINAR LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	12 FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
07 USAR EQUIPO DEFECTUOSO	<input type="checkbox"/>	13 FALTA DE EXPERIENCIA	<input type="checkbox"/>
08 USAR LOS EQUIPOS DE MANERA INCORRECTA	<input type="checkbox"/>	14 REENTRENAMIENTO INSUFICIENTES	<input type="checkbox"/>
09 EMPLEAR EN FORMA INADECUADA O NO USAR EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	<input type="checkbox"/>	15 ORDENES MAL INTERPRETADAS	<input type="checkbox"/>
10 ALMACENAR DE MANERA INCORRECTA	<input type="checkbox"/>	16 OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>
11 LEVANTAR OBJETOS EN FORMA INCORRECTA	<input type="checkbox"/>	CAUSAS BÁSICAS POR DÉFICIT DEL SISTEMA DE GESTIÓN	
12 ADOPTAR UNA POSICIÓN INADECUADA PARA HACER LA TAREA ..	<input type="checkbox"/>	01 NORMAS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVAS	<input type="checkbox"/>
13 REALIZAR MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS MIENTRAS SE ENCUENTRAN OPERANDO	<input type="checkbox"/>	02 PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVOS ...	<input type="checkbox"/>
14 HACER BROMAS PESADAS	<input type="checkbox"/>	03 NORMAS DE GESTIÓN TÉCNICAS	<input type="checkbox"/>
15 TRABAJAR BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>	04 PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN TÉCNICOS	<input type="checkbox"/>
16 OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>	05 NORMAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<input type="checkbox"/>
		06 PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	<input type="checkbox"/>
		07 OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>

D. INFORMACIÓN MÉDICA

ESPECIFICACIONES DE LAS LESIONES	PARTE LESIONADA DEL CUERPO
_____ _____ _____ _____ _____	CABEZA: _____ _____ _____ TRONCO: _____ _____ _____ EXTREMIDADES: _____ _____
CRITERIO MEDICO _____ _____ _____ _____ _____	

ELABORADO: MEDICO OCUPACIONAL
NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

E. CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

01 INCAPACIDAD TEMPORAL.....	<input type="checkbox"/>
02 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.....	<input type="checkbox"/>
03 INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.....	<input type="checkbox"/>
04 MUERTE.....	<input type="checkbox"/>
05 DIAS NO TRABAJADOS.....	<input type="text"/>
06 DIAS DESCONTADOS.....	<input type="text"/>
07 CRITERIO:	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ELABORADO: MÉDICO
NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____
FECHA: _____

F. ÁRBOL DE FALLOS

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____ NOMBRE: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ FIRMA: _____ FIRMA: _____ FIRMA: _____



ANEXO No. 6

**SISTEMA
INTEGRADO
DE GESTION
CASS**

PLAN DE ACCION

SIN LESIÓN

CON LESIÓN

Tema a tratar:	Fecha:
-----------------------	---------------

PARTICIPANTES	FIRMA	PARTICIPANTES	FIRMA

ANALISIS DEL ARBOL DE FALLOS (Anexa al Acta)

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE / PLAZO
1	Acción determinada:	
2	Medida de Intervención:	
3	Acción determinada:	
4	Medida de Intervención:	

Handwritten signature in blue ink.

