

## PE SST 05

# ACCIDENTES E INCIDENTES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha:	Fecha:	Fecha:
D.	D.	D.

### TABLA DE CONTROL DE MODIFICACIONES

REV.	Apartado modificado	Descripción	Fecha

## **INDICE**

### **1.OBJETO**

### **2.ALCANCE**

### **3.DEFINICIONES**

### **4.RESPONSABILIDADES**

### **5.DOCUMENTACIÓN APLICABLE**

### **6.DESARROLLO**

### **7.FORMATOS**

### **8.ANEXOS**

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

- AC-CyL: Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- CSST: Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- DP: Delegado de Prevención.
- GAE: Gerencia de Atención Especializada.
- GAP: Gerencia de Atención Primaria.
- GES: Gerencia de Emergencias Sanitarias.
- GSA: Gerencia de Salud de Área
- RC: Responsable de Centro.
- RT: Representante de los trabajadores.
- SCPRL: Servicio de Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales.
- SPGRS: Servicio de Prevención de la Gerencia Regional de Salud
- SP: Servicio de Prevención
- SST: Seguridad y Salud en el Trabajo.
- SSLGRS: Servicio de Salud Laboral de la Gerencia Regional de Salud.
- TDT: Técnico de la Delegación Territorial.
- TDP: Técnico de la Dirección Provincial de Educación.

## 1. OBJETO

Establecer la sistemática a seguir cuando en un centro de trabajo ocurre un accidente o incidente, determinando las actuaciones que se deben llevar a cabo desde el momento en que se produce el accidente e incidente, incluyendo la notificación del mismo, especificando las responsabilidades para su tratamiento.

## 2. ALCANCE

Los criterios establecidos en este procedimiento son de aplicación a los accidentes e incidentes que puedan surgir en el desarrollo de las actividades en todo el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (AC-CyL) y de los Organismos Autónomos dependientes de ésta.

Este procedimiento afecta a todos los accidentes de trabajo e incidentes producidos tanto en el colectivo de empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social como al del Mutualismo Administrativo gestionado por MUFACE.

## 3. GENERALIDADES Y DEFINICIONES

### **Accidente**

Es un incidente que ha dado lugar a un daño, deterioro de la salud o una fatalidad.

- Sin baja: Aquellos en los que existe lesión pero que permite al trabajador continuar realizando su trabajo tras recibir asistencia.
- Con baja: Los que incapacitan al trabajador para continuar la tarea. El trabajador está ausente al menos un día de su puesto de trabajo, sin contar el día del accidente.

### **Incidente**

Suceso o sucesos relacionados con el trabajo en el cual podría haber ocurrido un daño o una fatalidad.

## 4. RESPONSABILIDADES

### **Todo el personal**

- Comunicar los accidentes e incidentes al Superior Jerárquico del accidentado.

### **Responsables de Centro (RC)/ Gerentes correspondientes**

- Realizar la investigación de incidentes y accidentes leves, asesorados por los TDT/TDP y el SP, y enviarla al Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL) / Gerente correspondiente. En la GRS la investigación no la realizan los RC, sino que éstos instarán al SP para que realice y se enviará al Gerente correspondiente.
- Comunicar los accidentes e incidentes producidos en su centro al SCPRL/SPGRS/ Gerente y al Servicio de Personal e instar su investigación.
- Comunicar los accidentes e incidentes producidos en su centro al SCPRL.
- Implantar las medidas preventivas o correctivas que surjan (lo realizarán las GSA, GAP, GAE y la GES en el caso de la GRS).

### **Técnicos de Delegación Territorial/ Provincial (TDT/ TDP)**

- Asesorar a los RC/ Gerentes correspondientes en la realización de las investigaciones de incidentes y accidentes leves.

### **Representantes de los Trabajadores/ Delegados de Prevención (RT/DP)**

- Deberán ser informados por el SCPRL acerca de los accidentes / incidentes producidos, pudiendo presentarse, aún fuera de su jornada laboral, en el lugar de los hechos para conocer las circunstancias de los mismos.

### **Servicio de Personal**

- Rellenar y entregar el volante de asistencia para la mutua al empleado público accidentado (Régimen General de la Seguridad Social).
- Llevar a cabo la comunicación de accidente en acto de servicio (MUFACE), según se indica en el desarrollo del procedimiento.
- Llevar a cabo la tramitación de los accidentes vía Delt@, según se indica en el desarrollo del procedimiento.

- Realizar la comunicación a la Autoridad Laboral y al SCPRL en el caso de accidentes ocurridos en el centro de trabajo o por desplazamiento en jornada de trabajo que provoquen el fallecimiento del trabajador, que sean considerados como graves o muy graves o se vean afectados más de cuatro trabajadores. Se comunicarán en el plazo máximo de veinticuatro horas por telegrama u otro medio de comunicación análogo a la Autoridad Laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente.
- Enviar los partes de accidente de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de, al menos un día, a la entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo (Mutua de Accidentes de trabajo), en el plazo máximo de cinco días hábiles, contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.
- Enviar la relación de accidentes de trabajo sin baja médica a la entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo (Mutua de Accidentes de trabajo), en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos y al SCPRL.

### **Responsable del Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (RPRL)**

- Revisar mensualmente los partes de investigación de accidentes e incidentes.
- Elaborar estudio estadístico de accidentabilidad.
- Asesorar en caso de accidente grave muy grave o mortal.

### **Técnicos del Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (TPRL)**

- Realizar la investigación de los accidentes de trabajo.
- Revisar mensualmente los partes de investigación de incidentes.
- Comunicar las acciones correctivas y preventivas a los RC/ gerentes.
- Cierre de acciones y/o inicio de acciones correctivas o preventivas derivadas.

### **Servicio de Prevención de la Gerencia Regional de Salud (SPGRS)**

- Realizar la investigación de los accidentes e incidentes y enviarla a la Gerencia que corresponda.
- Asesorar a los RC/ Gerente correspondiente en la realización de las investigaciones de incidentes y accidentes leves.
- Comunicar a las Gerencias las acciones preventivas o correctivas que correspondan.
- Remitir trimestralmente al SSLGRS la siniestralidad del Área de Salud.

### **Servicio de Salud Laboral de la Gerencia Regional de Salud (SSLGRS)**

- Solicitar de los SPGRS los datos trimestrales de siniestralidad de su Área.
- Elaborar el estudio estadístico de siniestralidad de la GRS.

## **5. DOCUMENTACIÓN APLICABLE**

- **Plan de Prevención de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y todos los procedimientos asociados.**

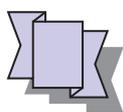
## **6. DESARROLLO**

Una vez producido el accidente o incidente este será inmediatamente comunicado al Superior Jerárquico del accidentado por parte del afectado o el personal más próximo al afectado. El RC o superior jerárquico deberá atender con los medios disponibles al empleado público accidentado en el centro, enviándole posteriormente a:

- **Mutua de Accidentes de Trabajo.** Los empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social que acudan a la Mutua de Accidentes de trabajo llevarán consigo, a ser posible, el Volante de Solicitud de Asistencia, cumplimentado por el RC o Superior Jerárquico. (Anexo I).
- **Centro Asistencial de su cuadro médico.** Los empleados públicos acogidos al Mutualismo Administrativo gestionado por MUFACE entregarán al RC o superior jerárquico una vez recibida asistencia, el PARTE DE ASISTENCIA junto con la SOLICITUD INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS (Anexo II)

- En el **propio centro o bien en las Unidades Médicas de los Servicios de Prevención de cada Área de Salud** en el caso de empleados que presten sus servicios en centros adscritos a la GRS.

El RC o Gerente del Servicio donde se ha producido el accidente, comunicara el hecho, a través del formato:



**PE SST 05 04 "PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE"**, por triplicado ejemplar, dando traslado del mismo a:

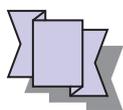
- TDT/TDP.
- SCPRL/SPGRS.
- Servicio de Personal que corresponda, o Gerencia correspondiente en el caso de la GRS.

Esta comunicación debe de ser en plazo menor de 24 horas, en los casos de accidentes graves, muy graves, o que ocasionen el fallecimiento del empleado público, y en aquellos que afecten a más de cuatro empleados públicos y/o trabajadores de otra empresa

Una vez recibida la comunicación del accidente en el Servicio de Personal o Gerencia correspondiente, se trasladará la información al CSST y a los DP a través de copia del **PE SST 05 04 "PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE"**, por correo ordinario, correo electrónico o fax.

El Servicio de Personal / Gerencia correspondiente realizará las siguientes acciones:

- Para los empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social que acudan a la Mutua de Accidentes de trabajo
  - ACCIDENTE SIN BAJA. Cumplimentará el formato:

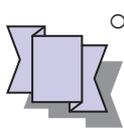


**PE SST 05 03 PARTE MENSUAL DE ACCIDENTES SIN BAJA**

Y lo remitirá a través del Sistema Delt@ a la Entidad Gestora o Colaboradora que tenga a su  
*Accidentes e Incidentes*

cargo la protección por accidente de trabajo, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al de referencia de los datos. Enviará una copia de este parte mediante correo electrónico al SCPRL/SP del área correspondiente y al TDT/TDP correspondiente.

- ACCIDENTE CON BAJA. Realizará las comunicaciones pertinentes vía Delt@. a la Autoridad Laboral conforme a lo indicado en el apartado 4 del presente documento. Fuera de la GRS, el servicio de personal remitirá una copia a la Entidad Gestora o Colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en el plazo máximo de cinco días hábiles desde la fecha en que ocurrió el accidente, o desde la fecha de baja médica. Remitirá una copia al SCPRL y TDT/TDP en el mismo plazo.
- Para los empleados públicos acogidos al Mutualismo Administrativo gestionado por MUFACE



- Cumplimentarán el formato:

**PE SST 05 05 "PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO"** por duplicado, enviando una copia al SCPRL/SPGRS para que se realice la investigación del accidente y otra al SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE.

Cuando se produzca una situación de emergencia que pudiera haber ocasionado un accidente, o se produzca un accidente grave, muy grave o mortal, el RC convocará una reunión de coordinación con el resto de empresas que se encuentren realizando trabajos en el centro, en virtud del artículo 24 de la Ley 31/ 1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y su desarrollo en el RD 171/2004 de coordinación empresarial, en la que se tratarán, entre otros los siguientes temas:

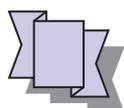
- Comunicación e información acerca de la situación de emergencia que pudiera haber ocasionado un accidente, o del accidente grave, muy grave o mortal acaecido.
- Las medidas correctivas o preventivas adoptadas.

De ello, quedará constancia a tal y como establece el **PE SST 06 Coordinación Actividades Empresariales**.

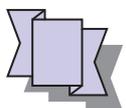
## **INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/INCIDENTES**

### **Responsables de Centro (RC):**

Los RC, con el asesoramiento del SP y TDT/TDP realizarán la correspondiente investigación del incidente o accidente leve, a través de los siguientes formatos:



**PE SST 05 01 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES**



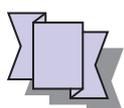
**PE SST 05 02 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES**

En el caso de SACYL, las investigaciones de accidentes e incidentes se llevarán a cabo por el SP.

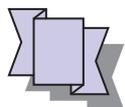
Una vez cumplimentado se enviará al SCPRL.

### **Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL) / SPGRS**

Los TPRL y SP realizarán la investigación del accidente / incidente en el formato:



**PE SST 05 01 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES**



**PE SST 05 02 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES**

La investigación del accidente/ incidente que se realizará conforme al formato referenciado deberá en todo caso determinar la/s causa/s del accidente y determinar las medidas adoptadas de forma inmediata, así como las medidas preventivas diferidas.

Las medidas preventivas recogidas en el informe de investigación de accidente, serán incorporadas a la planificación de la actividad preventiva propia de cada centro de trabajo

## **7. FORMATOS**

Los registros mencionados en este procedimiento se archivan conforme al Procedimiento General de SST de **Control de la Documentación y de los Registros**:

<b>CODIGO</b>	<b>Nombre</b>	<b>Responsable de su archivo</b>	<b>Tiempo mínimo de custodia</b>
PE SST 05 01	Informe de investigación de accidentes	SCPRL/ SPGRS / Gerencia / RC	5 años
PE SST 05 02	Informe de investigación de incidentes	SCPRL / SPGRS / Gerencia / RC	5 años
PE SST 05 03	Parte mensual de accidentes sin baja	SCPRL/Serv. Personal/Gerente	5 años
PE SST 05 04	Parte interno de comunicación de accidentes	SCPRL/TDT/TDP/ SPGRS	5 años
PE SST 05 05	Parte de accidente en acto de servicio	SCPRL/Serv. Personal/SPGRS	5 años

## **8. ANEXOS**

- Anexo I: Volante de Solicitud de Asistencia
- Anexo II: Parte de asistencia junto con la Solicitud iniciación del expediente de averiguación de causas.

## PE SST 05 01 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

Nº de Parte:

### 1. DATOS DEL ACCIDENTE

Nombre y Apellidos del empleado público accidentado:

Puesto de Trabajo:

Edad:

Actividad:

Fecha del accidente:

Hora:

Lugar del Accidente / incidente

En el centro de trabajo habitual

En otro centro o lugar de trabajo

In itinere

Además, marque si ha sido accidente de tráfico.

Realizaba su trabajo habitual:

Existía Sistema de Protección Colectiva:

Llevaba puestas las prendas de Protección Individual:

SI	NO	N/A

Testigos (si los hubiere):

Nombre y Apellidos:

Puesto de Trabajo:

Empresa:

### 2. ANÁLISIS CAUSAL

#### Forma en que se produjo el accidente

01 Caídas de personas a distinto nivel

02 Caídas de personas al mismo nivel

03 Caídas de objeto desplome o derrumbe

04 Caídas por objeto en manipulación

05 Caídas por objetos desprendidos

09 Golpes por objetos o herramientas

10 Proyección de fragmentos o partículas

11 Atrapamiento por o entre objetos

12 Atrapamiento por vuelco de máquinas.

13 Sobreesfuerzos

17 Exposición a sustancias nocivas

18 Contacto sustancias cáusticas o corrosivas

19 Exposición a radiaciones

20 Explosiones

21 Incendios

06 Pisadas sobre objetos
07 Choques contra objetos inmóviles
08 Choque contra objetos y herramientas

14 Exposición temperaturas ambientales
15 Contactos térmicos
16 Exposición a contactos eléctricos

22 Accidentes causados por seres
23 Atropellos o golpes con vehículos
24 Sin datos para clasificar

### **Condiciones peligrosas**

101 Falta de protección en máquinas Carencia de elementos de protección
102 Resguardos y protección inadecuados o falsamente inseguros
103 Saturación personal en tajo. Mala organización
104 Falta de orden y limpieza
105 Iluminación/ventilación insuficientes
106 Superficies de trabajo en mal estado
107 Accesos en mal estado
108 Control de tráfico inadecuado
109 Señalización inadecuada o inexistente
110 Instalaciones con protección inadecuadas

111 Métodos o procedimientos peligrosos
112 Falta de normas de seguridad
113 Utilización de herramientas o eq inadecuados o mal conservados
114 Falta de protección colectiva
115 Falta elementos protección personal
116 Equipo protección personal inadecuado
117 Escaleras inadecuadas o mal estado
118 Apilado deficiente
119 Andamios defectuosos o incorrectos
120 Huecos horizontales sin protección

121 Huecos verticales sin protección
122 Falta de protección caída de objetos
123 Zanjas y taludes sin protección o señalización
124 Falta de entibación
125 Falta de puesta a tierra
126 Falta de aislamiento eléctrico
127 Conexiones y empalmes descubiertos
128 Otras condiciones peligrosas
129 Sin existencia de condiciones peligro

### **Factores personales peligrosos**

301 Falta de motivación preventiva
302 Actitudes inestables (compresión defectuosa de instrucciones, excitabilidad)
303 Actitudes o hábitos enfermizos alcoholismo, drogadicción, etc)
304 Falta de conocimiento o práctica

305 Falta de visión
306 Falta de audición
307 Insuficiencia cardiorrespiratoria
308 Intoxicación

309 Predisposición a la hernia
310 Otras deficiencias somáticas
311 Otros factores personales peligrosos (ignorancia normas seguridad, inexperiencia)
312 Sin factor personal peligroso

### **Actos inseguros**

201 No usar EPI adecuado
202 Realizar trabajos no asignados
203 Operar sin autorización
204 No cumplir normas seguridad recibidas

211 Utilización de material o equipo de alrededor forma distinta a la prevista
212 Sobrecarga de los equipos
213 Realizar operaciones mantenimiento con el equipo funcionando
214 Otros usos incorrectos del equipo

221 Falta de atención al piso
222 No prestar atención a señalización de seguridad
223 Comportamientos inadecuados (bromas, distraer, molestar, alardear, etc)
224 Bebidas o drogas

205 No cumplir normas de trabajo recibidas	215 Trabajar ritmo / velocidad inadecuada	225 Sobreestimar la capacidad física
206 No subsanar o avisar de una situación de peligro o riesgo conocido	216 Lanzar material en lugar de pasarlo o llevarlo	226 Reacciones lentas o precipitadas de peligro o riesgo conocido
207 Soltar o mover cargas sin dar aviso adecuado	217 Conducción de vehículos interiores a velocidad insegura	227 Distracción en el trabajo
208 Arrancar o para vehículos o equipos sin dar aviso adecuado	218 Otros errores de conducción de vehículos interiores	228 Temeridad, omisión de normas de seguridad
209 Poner fuera de servicio los dispositivos de seguridad	219 Adoptar postura de trabajo incorrecta	229 Otros actos inseguros
210 Manejar herramientas inadecuadas o inseguras	220 Exponerse bajo cargas suspendidas	230 Sin existencia de acto

**Descripción causal del accidente**

**3. ANÁLISIS MEDIDAS CORRECTORAS**

SI	NO	N/A

Se han tomado acciones correctivas

Descripción de las acciones correctivas tomadas

Evaluación de las acciones correctoras tomadas:

Anexos

Declaración de testigos

Reportaje  
fotográfico

Informes adjuntos

Otros

FECHA

TÉCNICO DE PREVENCIÓN

Fdo:

## PE SST 05 02 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES.

**Nº de Parte:**

### 1. DATOS DEL INCIDENTE

Nombre y Apellidos del empleado público relacionado con el incidente (si lo hubiera):

Puesto de Trabajo:

Edad:

Actividad:

Fecha del incidente:

Hora:

Lugar del Incidente

En el centro de trabajo habitual

En otro centro o lugar de trabajo

In itinere

El empleado relacionado realizaba su trabajo habitual:

Existía Sistema de Protección Colectiva:

El empleado relacionado llevaba puestas las prendas de Protección Individual:

SI	NO	N/A

Testigos (si los hubiere):

Nombre y Apellidos:

Puesto de Trabajo:

Empresa:

### 2. ANÁLISIS CAUSAL

#### **Forma en que se produjo el incidente (breve descripción)**

### **Condiciones peligrosas**

101 Falta de protección en máquinas. Carencia de elementos de protección	111 Métodos o procedimientos peligrosos	121 Huecos verticales sin protección
102 Resguardos y protección inadecuados o falsamente inseguros	112 Falta de normas de seguridad	122 Falta de protección caída de objetos
103 Saturación personal en tajo. Mala organización	113 Utilización de herramientas o eq inadecuados o mal conservados	123 Zanjas y taludes sin protección o señalización
104 Falta de orden y limpieza	114 Falta de protección colectiva	124 Falta de entibación
105 Iluminación/ventilación insuficientes	115 Falta elementos protección personal	125 Falta de puesta a tierra
106 Superficies de trabajo en mal estado	116 Equipo protección personal inadecuado	126 Falta de aislamiento eléctrico
107 Accesos en mal estado	117 Escaleras inadecuadas o mal estado	127 Conexiones y empalmes descubiertos
108 Control de tráfico inadecuado	118 Apilado deficiente	128 Otras condiciones peligrosas
109 Señalización inadecuada o inexistente	119 Andamios defectuosos o incorrectos	129 Sin existencia de condiciones peligro
110 Instalaciones con protección inadecuadas	120 Huecos horizontales sin protección	

### **Actos inseguros**

201 No usar EPI adecuado	211 Utilización de material o equipo de alrededor forma distinta a la prevista	221 Falta de atención al piso
202 Realizar trabajos no asignados	212 Sobrecarga de los equipos	222 No prestar atención a señalización de seguridad
203 Operar sin autorización	213 Realizar operaciones mantenimiento con el equipo funcionando	223 Comportamientos inadecuados (bromas, distraer, molestar, alardear, etc)
204 No cumplir normas seguridad recibidas	214 Otros usos incorrectos del equipo	224 Bebidas o drogas
205 No cumplir normas de trabajo recibidas	215 Trabajar ritmo / velocidad inadecuada	225 Sobreestimar la capacidad física
206 No subsanar o avisar de una situación de peligro o riesgo conocido	216 Lanzar material en lugar de pasarlo o llevarlo	226 Reacciones lentas o precipitadas de peligro o riesgo conocido
207 Soltar o mover cargas sin dar aviso adecuado	217 Conducción de vehículos interiores a velocidad insegura	227 Distracción en el trabajo
208 Arrancar o para vehículos o equipos sin dar aviso adecuado	218 Otros errores de conducción de vehículos interiores	228 Temeridad, omisión de normas de seguridad
209 Poner fuera de servicio los dispositivos de seguridad	219 Adoptar postura de trabajo incorrecta	229 Otros actos inseguros
210 Manejar herramientas inadecuadas o inseguras	220 Exponerse bajo cargas suspendidas	230 Sin existencia de acto

**Descripción causal del incidente**

**3. ANÁLISIS MEDIDAS CORRECTORAS**

Se han tomado acciones correctivas

SI	NO	N/A

Descripción de las acciones correctivas tomadas

Evaluación de las acciones correctoras tomadas:

Anexos

Declaración de testigos

Reportaje  
fotográfico

Informes adjuntos

Otros

FECHA

TÉCNICO DE PREVENCIÓN

Fdo:

**PE SST 05 03 PARTE MENSUAL DE ACCIDENTES SIN BAJA**

**RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO  
OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA**

ENTIDAD NOMBRE: \_\_\_\_\_  
ENTIDAD NÚMERO: \_\_\_\_\_

MES: \_\_\_\_\_  
AÑO: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	PLANTILLA
C.C. COTIZACIÓN	C.I.F. O D.N.I.

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CCC / IAF	PROVINCIA	MUNICIPIO
-----------	-----------	-----------

RELACIÓN DE ACCIDENTES

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (1)	IRF (2)	TIPO DE CONTRATO (3)		FECHA ACCIDENTE		FORMA CONTACTO (4)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)
		VARÓN	MUJER			CÓRGO	Nº DOCUMENTO	TEMPORAL	DIAS			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como individuo

AUTORIDAD LABORAL: \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_ en calidad de  
de la Empresa, expide la presente  
Relación en: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**PE SST 05 04 "PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE"**

1. DATOS DE LOS TRABAJADORES ACCIDENTADOS								
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PROVINCIA/ LOCALIDAD	CENTRO	SERVICIO O UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO	RGSS		MUFACE
						MUTUA	SACYL	

2. DATOS DEL SUCESO		Fecha:
		Hora del día (1-24):
CENTRO:		
DIRECCIÓN		
LOCALIDAD:		
PROVINCIA:		
En el centro o lugar de trabajo habitual	Breve descripción del suceso	
En otro centro o lugar de trabajo		
En desplazamiento en su jornada laboral		
"in itinere"		
Testigos presenciales	D/Dña: D/Dña:	D/Dña: D/Dña:

3- ASISTENCIA MEDICA		NO	
		SI	Centro asistencial/servicio
PRECISA DE BAJA			NO
			SI

A fin de conocer las circunstancias del mismo, llamar al siguiente número de contacto: \_\_\_\_\_

donde será atendido por D/ Dña: \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fdo: \_\_\_\_\_

Recibí en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fdo: \_\_\_\_\_

**PE SST 05 05 "PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO"**



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

**PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO**

Comunicación inicial   
  Modificación de un parte anterior   
  Cancelación de un parte anterior   
 Referencia

1	ÓRGANO DE PERSONAL QUE LO EMITE	
1.1	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:	
	<input type="checkbox"/> GENERAL DEL ESTADO	
	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD AUTÓNOMA DE	
	<input type="checkbox"/> ENTIDAD LOCAL	
	<input type="checkbox"/> OTRA (especificar)	
1.2	MINISTERIO/CONSEJERÍA	
1.3	ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL	
1.4	DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DEL GOBIERNO	
1.5	DIRECCIÓN PROVINCIAL O TERRITORIAL	
1.6	OTRA INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA	
1.7	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	
1.8	TELÉFONO DE CONTACTO	1.9 FAX DE CONTACTO
1.10	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DEL FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EMITE EL PARTE	

DPS-12002 (03/05)

2	DATOS DEL MUTUALISTA ACCIDENTADO					
2.1	APELLIDOS					
2.2	NOMBRE			2.3	N.I.F.	
2.4	GRUPO DE TITULACIÓN			2.5	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	
2.6	PUESTO DE TRABAJO :					
2.6.1	DENOMINACIÓN					
2.6.2	NIVEL DE COMPLEMENTO DE DESTINO					
2.6.3	PRINCIPALES TAREAS O FUNCIONES					
2.7	CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA DE QUE DEPENDE EL PUESTO					
2.7.1	DENOMINACIÓN					
2.7.2	DIRECCIÓN	C				
	MUNICIPIO				PROVINCIA	
	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO		FAX	

DPS-12002 ( 03/05)

Página - b -

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (1/2)		
3.1	LUGAR EN QUE SE PRODUJO:		
	UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO		
	EN UN DESPACHO O LUGAR PRÓXIMO DEL MISMO EDIFICIO ESPECIFICAR DATOS DE UBICACIÓN: PLANTA, Nº DE DESPACHO, UNIDAD ORGÁNICA, etc.:		
	EN LOS ACCESOS DEL EDIFICIO (Detallar)		
	DURANTE UN DESPLAZAMIENTO EN COMISIÓN DE SERVICIO (añadir, si procede, fecha de autorización de la orden de viaje)	(Campo no obligatorio de rellenar, aunque se haya marcado este "lugar")	
	EN EL TRAYECTO AL O DESDE EL TRABAJO ESPECIFICAR LOS DATOS DE UBICACIÓN:		
	• CALLE/PLAZA/ Nº		
	• CARRETERA/ KM.		
	• MEDIO DE TRANSPORTE		
	VEHÍCULO PARTICULAR (MARCA, MODELO Y MATRÍCULA)		
	AUTOBÚS : LÍNEA		
	METRO : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	TREN : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	OTRO/S: (especificar)		

DPS-12002 (03/05)

Página - c -

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (2/2)			
3.2	FECHA		3.3	HORA
3.4	ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL MUTUALISTA ACCIDENTADO:			
3.5	POSIBLES CAUSAS:			
	A)	LUGAR DE TRABAJO		
	B)	EQUIPOS TÉCNICOS, MÁQUINAS, MOBILIARIO		
	C)	MATERIALES UTILIZADOS		
	D)	OTRAS (especificar)		
3.6	LESIONES O CONSECUENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE:			
	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)			
	3.6.1	Código	Descripción	
	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)			
	3.6.2	Código	Descripción	
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Este formulario se puede encontrar en la siguiente dirección:

[http://www.map.es/muface/prestaciones\\_sociales/Incapacidad/common/Parte\\_Accidente/Parte\\_accidente\\_acto\\_servicio\\_DPS\\_12002.pdf](http://www.map.es/muface/prestaciones_sociales/Incapacidad/common/Parte_Accidente/Parte_accidente_acto_servicio_DPS_12002.pdf)

## Anexo I: Volante de Solicitud de Asistencia

### SERVICIO DE PREVENCIÓN

Empresa \_\_\_\_\_

N.º Patronal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rogamos presten asistencia al TRABAJADOR de esta Empresa

D. \_\_\_\_\_

N.º AFILIACION S.S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º D.N.I. \_\_\_\_\_

quien ha sufrido un accidente de trabajo a las \_\_\_\_\_ horas

del día \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. De acuerdo con las vigentes disposiciones

legales, les remitiremos, en los próximos cinco días SIGUIENTES,

el oportuno PARTE DE ACCIDENTE.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

D-5030 Formulario 4020-02/03

(Firma y Sello de la Empresa)

## **Anexo II: Parte de asistencia junto con la Solicitud iniciación del expediente de averiguación de causas.**

### **SOLICITUD INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS**

(ORDEN APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo Gestionado por MUFACE.)

#### **DATOS DEL MUTUALISTA AFECTADO:**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

UNIDAD DONDE EL MUTUALISTA PRESTA SERVICIO: \_\_\_\_\_

PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

#### **DATOS DEL SUCESO:**

(Breve descripción del Accidente, detallando las circunstancias en las que se ha producido).

#### **SOLICITA:**

Iniciación del expediente de averiguación de causas del accidente anteriormente descrito con el fin de que se califique la situación producida como “accidente en acto de servicio”.

Se adjuntan como elementos de prueba la siguiente documentación:

- PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIAS del Centro Asistencial
- PARTE OFICIAL DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
- Otros ( especificar)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2008

Fdo:

**DIRIGIDA A: ORGANO DE PERSONAL**

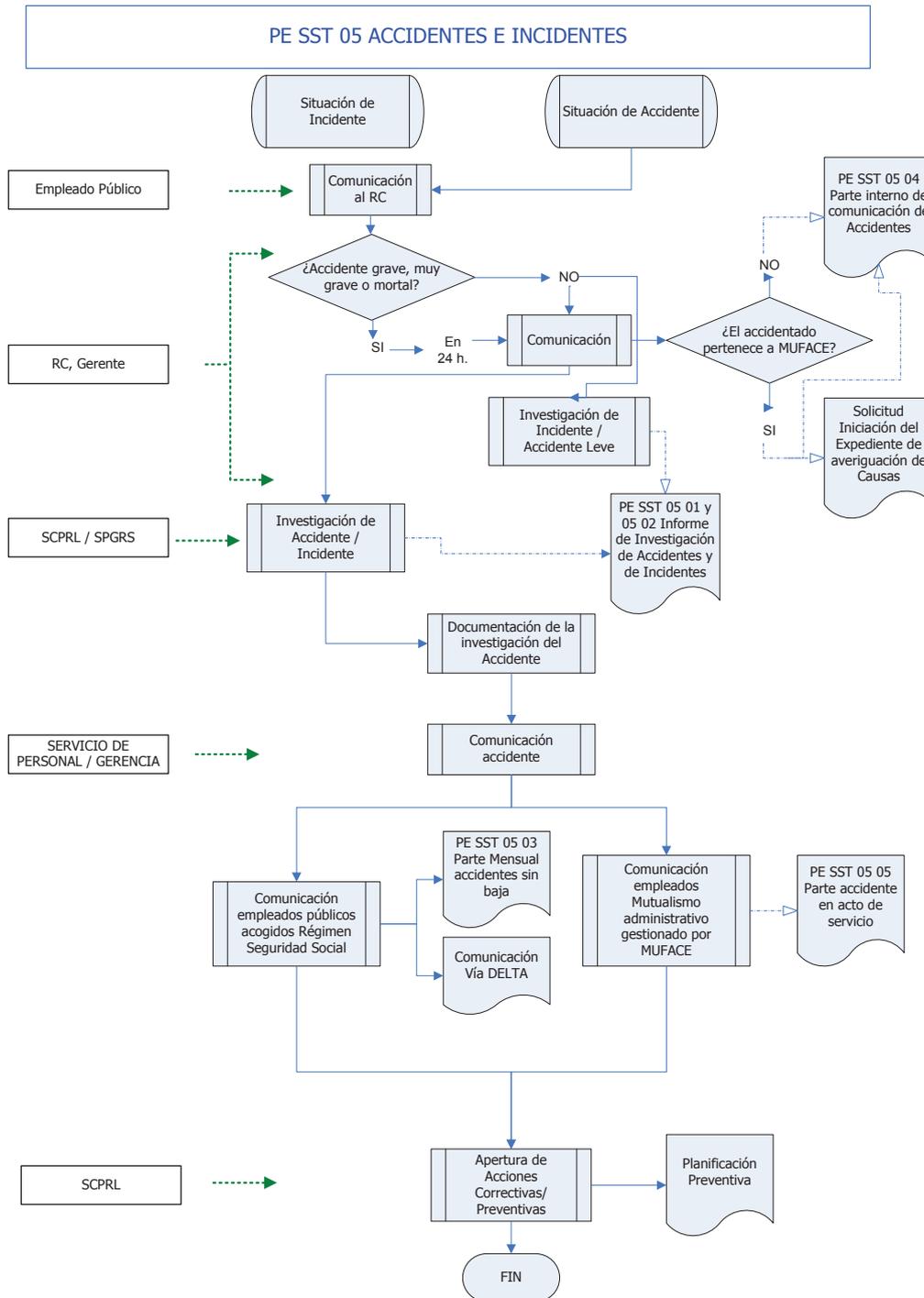
1		MUTUALISTA		FACULTATIVO	
1	Primer apellido	Segundo apellido	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ALTA - Fecha ___/___/___ Causa:		
	Nombre	Número de afiliación	<input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo máximo		
<input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> Nº PARTE SUCESIVO G DE CONFIRMACIÓN		<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO		<input type="checkbox"/> RECAÍDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ver instrucciones en las cubiertas del talonario		Código CIE-9-MC		Duración probable: días [ ] [ ] meses [ ] [ ]	
<b>2</b> <b>I</b> <b>N</b> <b>F</b> <b>O</b> <b>R</b> <b>M</b> <b>E</b> <b>M</b> <b>E</b> <b>D</b> <b>I</b> <b>C</b> <b>O</b>					
<b>DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA (ver instrucciones)</b>					

DPS 25A.2 (05/03). Ejemplar para el ORGANISMO DE PERSONAL

**Guía de cumplimentación de los registros del  
Procedimiento PE SST 05 de Accidentes e Incidentes**

<b>OPERATIVA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<p><b>PG SST 05 01 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES</b></p> <p>Este registro será cumplimentado por el RC, Gerente correspondiente con el asesoramiento del TDT, TDP en el caso de que se trate de un accidente leve y se enviará una copia inmediatamente al SCPRL.</p> <p>En el caso de accidente grave, muy grave o mortal lo deberá rellenar el SCPRL.</p> <p>Este registro consta de los siguientes campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de Parte: número de parte correlativo ascendente.</li> <li>• Nombre y Apellidos del empleado público accidentado.</li> <li>• Puesto de Trabajo: puesto del empleado público accidentado.</li> <li>• Edad: edad del empleado público accidentado.</li> <li>• Actividad: a la que pertenece el empleado público accidentado.</li> <li>• Fecha del accidente.</li> <li>• Hora: hora en la que se produjo el accidente.</li> <li>• Suceso: rellenar la casilla correspondiente con una X: accidente o incidente.</li> <li>• Lugar de Acc/Incid: rellenar la casilla correspondiente con una X: en el centro de trabajo habitual, en otro centro o lugar de trabajo, in-itinere o accidente de tráfico.</li> <li>• Realizaba su trabajo habitual: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Existía Sistema de Protección Colectiva: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Llevaba puestas las prendas de Protección Individual: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Nombre y Apellidos: de los testigos (si los hubiere)</li> <li>• Puesto de Trabajo: de los testigos (si los hubiere)</li> </ul> <p>Forma en la que se produjo el accidente: marcar con una X en la/s casilla/s correspondiente/s.</p> <p>Análisis de Medidas Correctoras: marcar si se han tomado medidas correctoras</p>	<p>RC, Gerente SCPRL, SSLGRS</p>

OPERATIVA	RESPONSABLE
<p>o no y descripción y evaluación de las mismas. Anexos: Marcar con una X las opciones</p>	
<p><b>PG SST 05 02 INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES</b></p> <p>Este registro será cumplimentado por el RC con el asesoramiento del TDT, y se enviará una copia inmediatamente al SCPRL.</p> <p>Este registro consta de los siguientes campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de Parte: número de parte correlativo ascendente.</li> <li>• Nombre y Apellidos, Puesto de trabajo, Edad, Actividad: del empleado público relacionado con el incidente (si lo hubiera)</li> <li>• Fecha del incidente</li> <li>• Hora: hora en la que se produjo el incidente.</li> <li>• Lugar de Incid: rellenar la casilla correspondiente con una X: en el centro de trabajo habitual, en otro centro o lugar de trabajo, in-itinere.</li> </ul> <p><i>El empleado relacionado (si lo hubiere):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizaba su trabajo habitual: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Existía Sistema de Protección Colectiva: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Llevaba puestas las prendas de Protección Individual: rellenar la casilla correspondiente con una X: si, no, no aplica.</li> <li>• Nombre y Apellidos: de los testigos (si los hubiere)</li> <li>• Puesto de Trabajo: de los testigos (si los hubiere)</li> </ul> <p>Análisis Causal: forma en la que se produjo el incidente: realizar una breve descripción y marcar con una X en la/s casilla/s correspondiente/s.</p> <p>Análisis de Medidas Correctoras: marcar si se han tomado medidas correctoras o no y descripción y evaluación de las mismas.</p> <p>Anexos: Marcar con una X las opciones</p>	<p>RC, Gerente, SCPRL, SSLGRS</p>

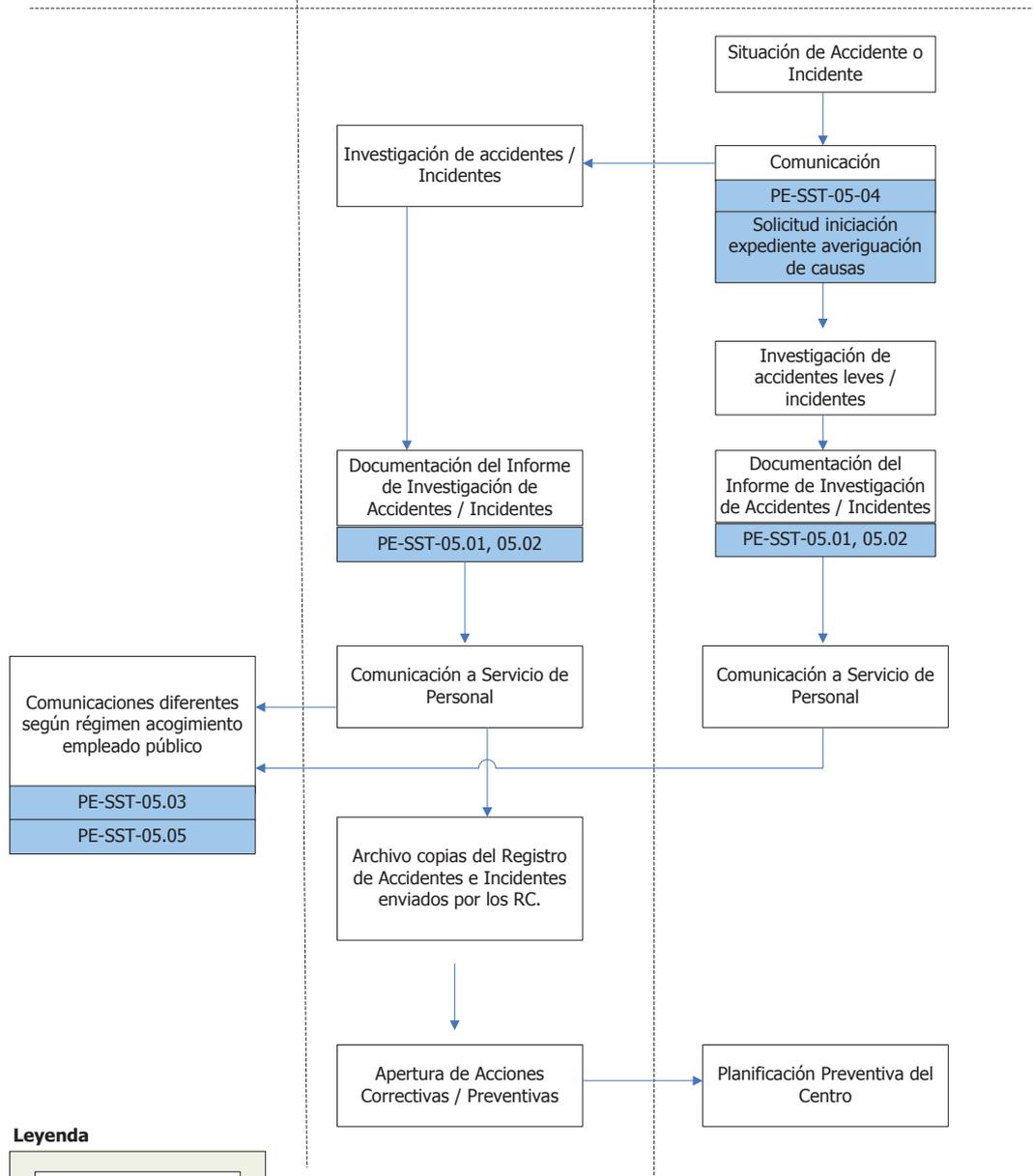


**SERVICIO DE PERSONAL /  
GERENCIA**

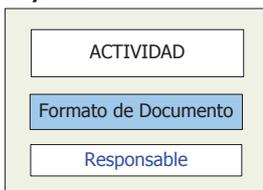
SCPRL / SPGRS

**RESPONSABLE DEL CENTRO**

RC, Gerente



**Leyenda**



ACTIVIDAD	PLAZO MÁXIMO RECOMENDADO	DOCUMENTACIÓN / REQUISITO
Situación de Accidente o Incidente	Conforme se produce	Realizar documentación y notificaciones pertinentes
Comunicación a SCPRL / SPGRS	Mismo día del accidente o incidente	<div data-bbox="1058 674 1323 712" style="background-color: #ffffcc;">PE-SST-05-04</div> <div data-bbox="1058 712 1323 797" style="background-color: #ffffcc;">Solicitud iniciación expediente averiguación de causas</div>
Tratamiento de incidentes	Mismo día del incidente	Planificación de Actividad Preventiva del centro
Investigación de accidentes leves	Mismo día del accidente	PE SST 05 Accidentes e incidentes
Apertura de Acciones Correctivas / Preventivas	Cuando proceda	Planificación de la Actividad Preventiva del centro

**Leyenda**

Documento	Requisito
-----------	-----------