



Tunja 10 de julio de 2018

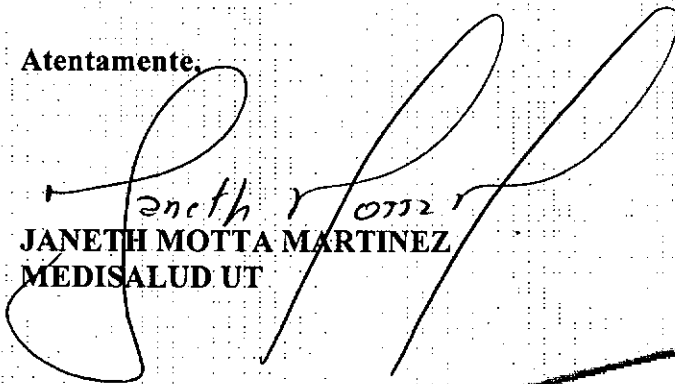
Señores
SECRETARIA DE EDUCACION DE TUNJA
Ca 19ª No. 9-95
Edificio Municipal
Tunja

Cordial Saludo:

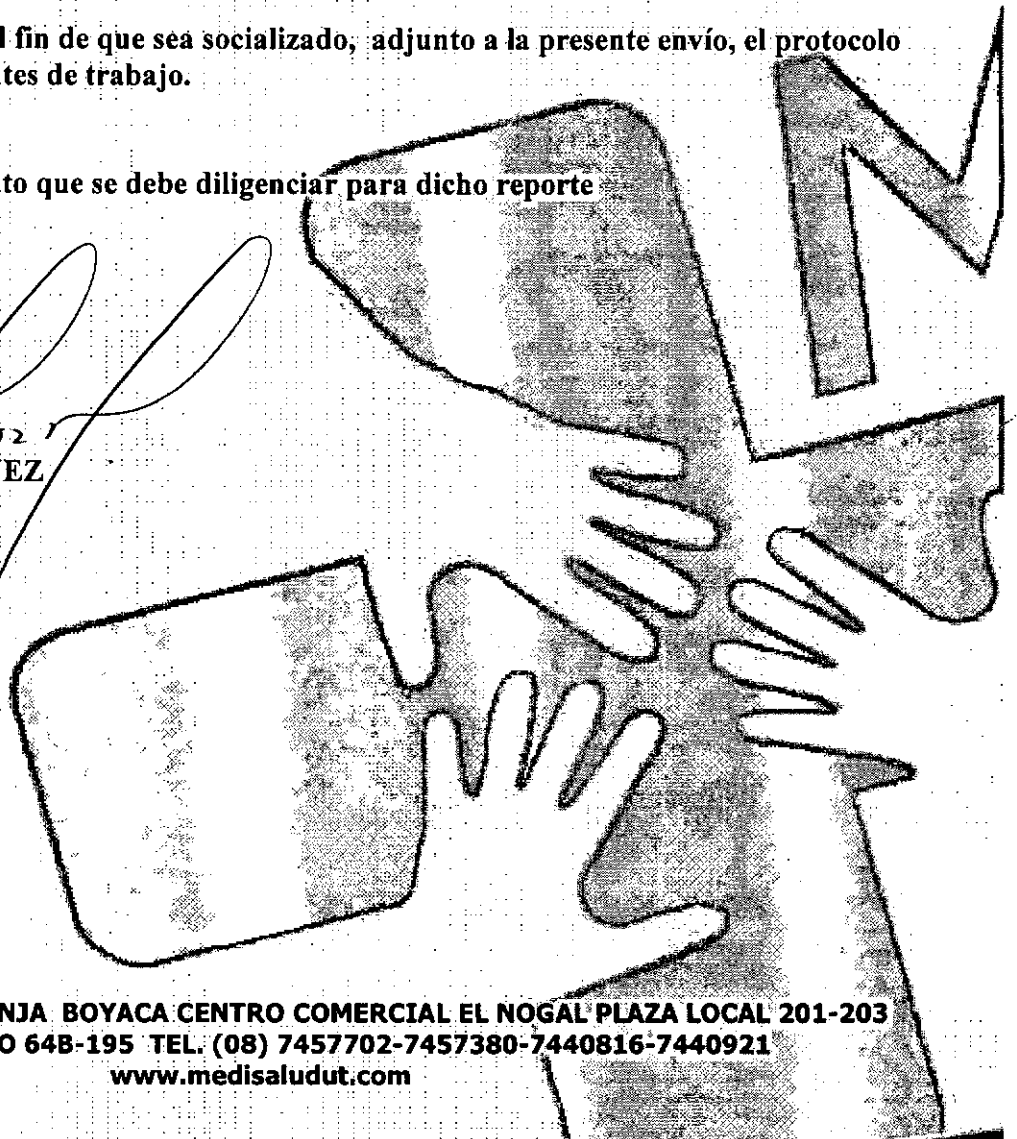
Para su conocimiento y con el fin de que sea socializado, adjunto a la presente envío, el protocolo para el reporte de los accidentes de trabajo.

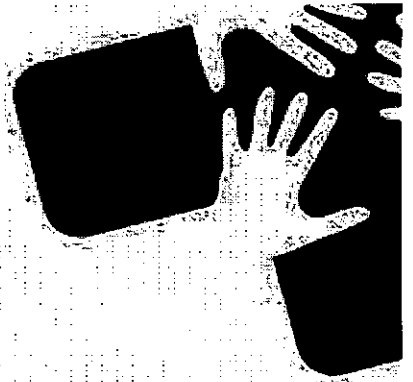
Igualmente se anexa el formato que se debe diligenciar para dicho reporte

Atentamente,



JANETH MOTTA MARTINEZ
MEDISALUD UT





ACCIDENTES DE TRABAJO

ACCIDENTE DE TRABAJO. (Artículo 3° ley 1562 de 2012) Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

PROTOCOLO PARA REPORTE DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO

De acuerdo a los términos de Referencia y dando cumplimiento a la normatividad se indican los pasos a seguir cuando ocurre un Accidente de Trabajo. El cual se presenta un suceso repentino con causa u ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

1. El artículo 21 del Código Sustantivo de trabajo establece la obligatoriedad para el trabajador que sufra un accidente de trabajo de dar **INMEDIATAMENTE** aviso a su superior (Rector o Coordinador).
2. El Rector o Coordinador debe tener en su despacho los FORMULARIOS asignados por FIDUPREVISORA para el reporte del suceso (en caso de no tenerlos deben avisar al Área Salud Ocupacional del Contratista de salud o acercarse a la Oficinas administrativas de cada departamento para que soliciten el mismo).
3. El artículo 62 del Decreto 1295/94 establece para el empleador la obligatoriedad de reportar todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra dentro de la empresa, y debe realizarlo dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) a la ocurrencia del accidente o diagnosticada la enfermedad.



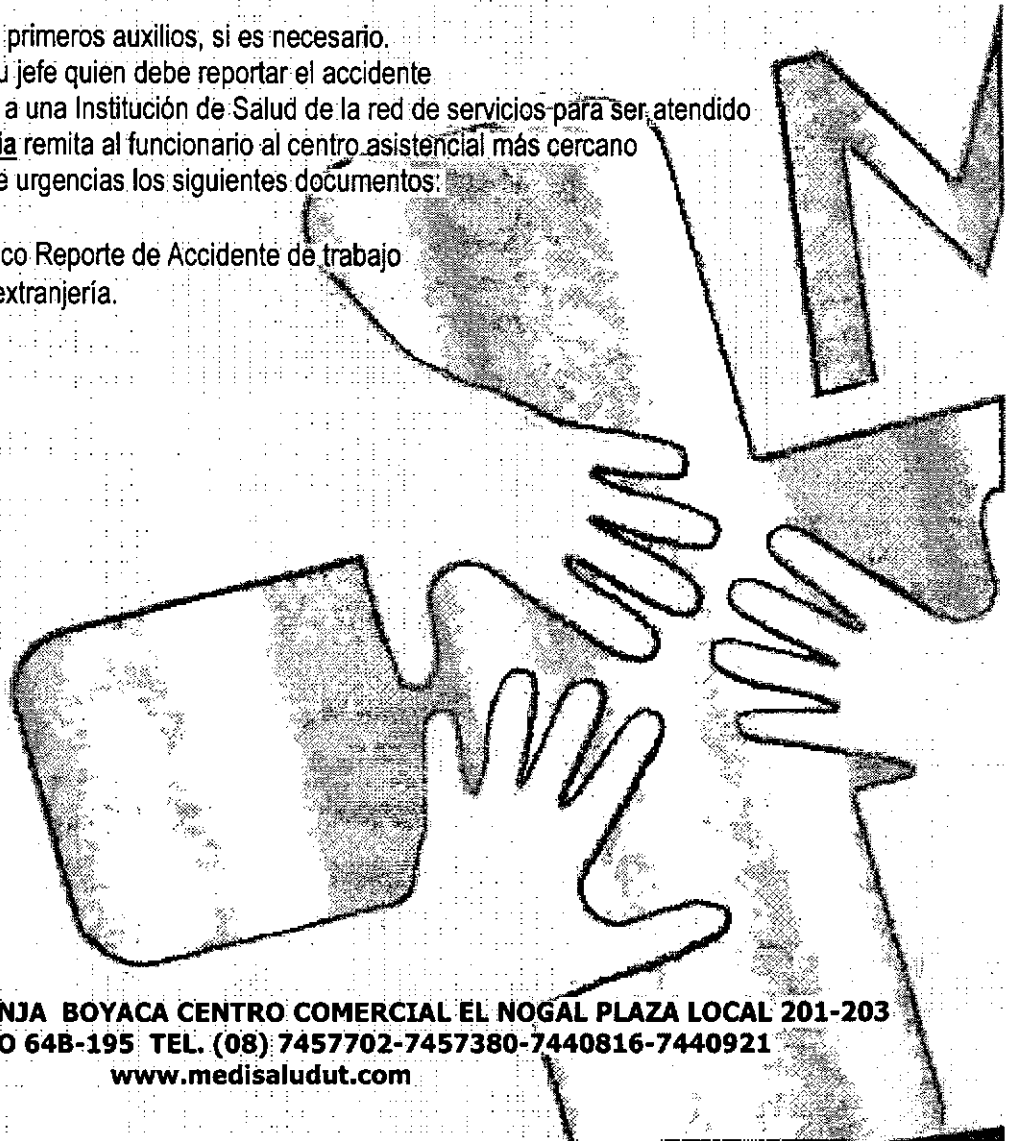
4. Artículo 5 de la Resolución 156 de 2005 es clara disponer que la presentación del informe debe realizarse de manera simultánea a la entidad administradora de Riesgos Profesionales y a la entidad promotora de salud, y cuando sea el caso a la institución prestadora de servicios de salud que atienda dicho evento.
5. Si por causa del accidente se genera incapacidad, esta de igual manera debe reportarse de INMEDIATO, al Área de Salud ocupacional para los trámites pertinentes.

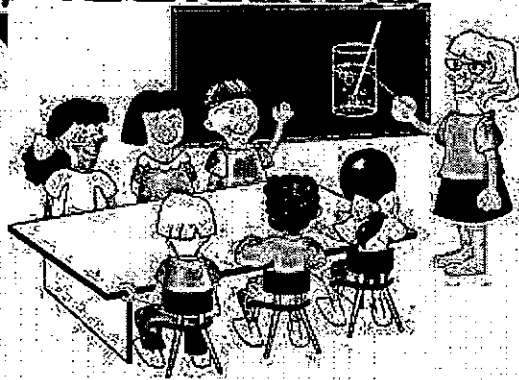
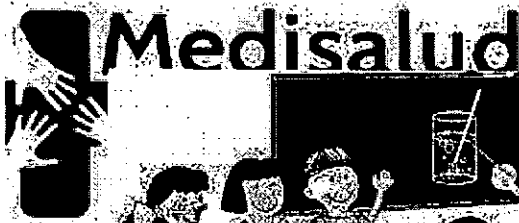
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

PASO 1:

ATENCION DEL ACCIDENTADO

1. Brinde al accidentado los primeros auxilios, si es necesario.
2. Informe de inmediato a su jefe quien debe reportar el accidente
3. De ser necesario dirijase a una Institución de Salud de la red de servicios para ser atendido
4. Si es un caso de urgencia remita al funcionario al centro asistencial más cercano
5. Presente en el servicio de urgencias los siguientes documentos:
 - El "FURAT": Formato Único Reporte de Accidente de trabajo
 - Cédula de ciudadanía o extranjería.





Quando sea atendido en urgencias mencione que debe ser atendido por accidente de trabajo informando al médico que lo atiende que el accidente sucedió en su lugar y/o horas de trabajo.

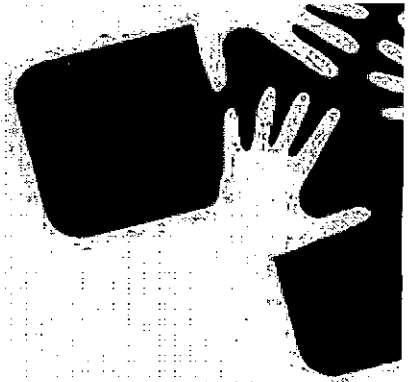
6. recuerde informar a la oficina de salud ocupacional (MEDISALUD UT), la ocurrencia del accidente para que esta realice el seguimiento.
7. en caso de que haya sucedido un incidente o "casi accidente de trabajo", este también debe ser reportado a la oficina de salud ocupacional (Resolución 1401/2007) para su seguimiento.

IMPORTANTE

1. Todo accidente de trabajo se debe reportar dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del mismo a través de E-mail saludocupacionalmedisaludboy@gmail.com (depto. De Boyacá), auxsaludocupacionalmeta@medisaludut.com.co, (depto. De Meta), medisalud.sst@gmail.com, (depto. De Casanare).
2. O de manera personal en las oficinas administrativas o sedes asistenciales de MEDISALUD UT, donde se le colocará sello, firma, fecha y hora de recibido. Igualmente dentro de las 48 horas el Accidentado debe de remitirse a recibir atención medica
3. Si por el evento presentado se genera incapacidad laboral esta de igual manera es radicada en la misma Área para su respectiva legalización en donde se debe de registrar en el motivo de incapacidad ACCIDENTE DE TRABAJO

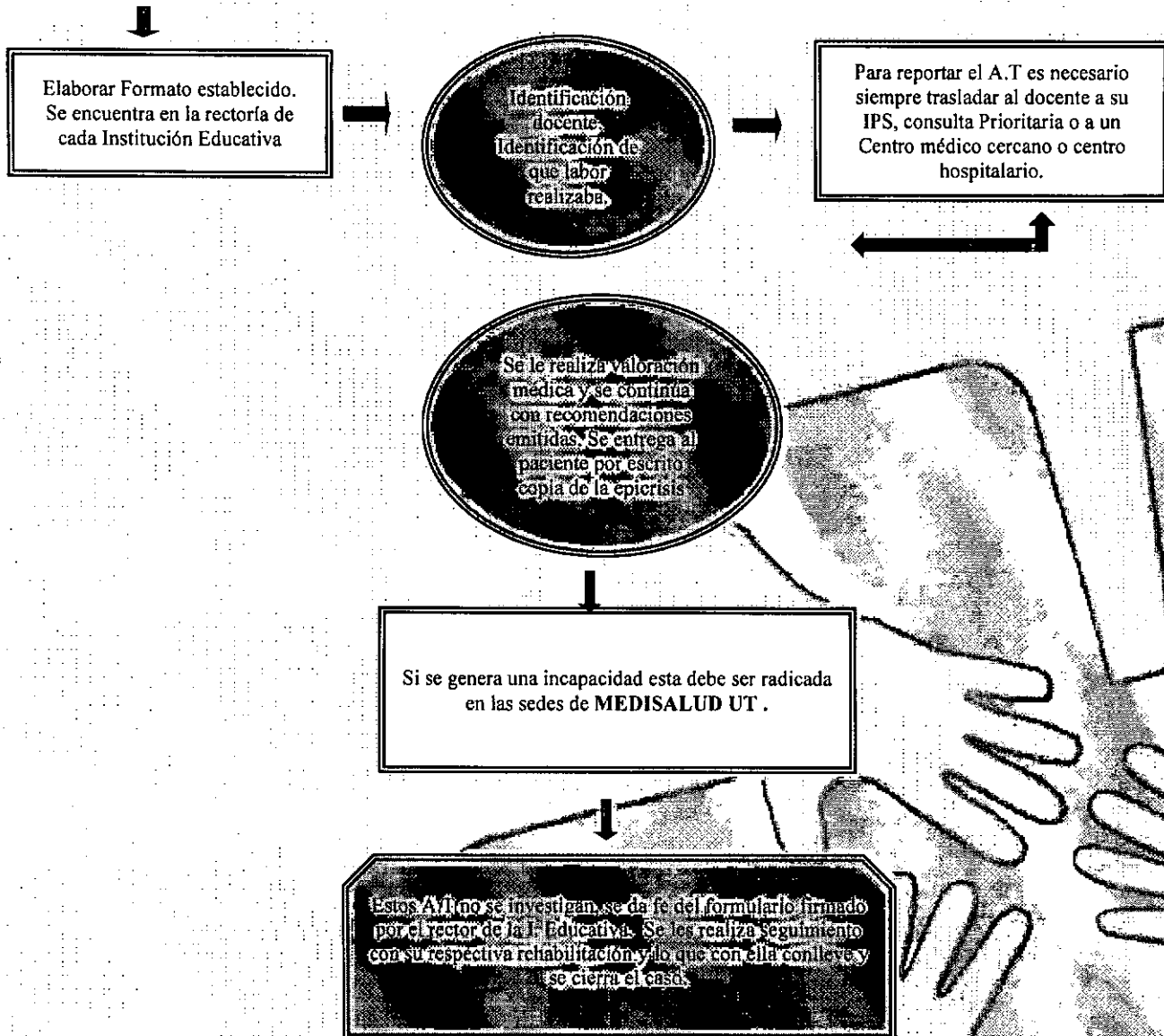
RIA (ruta de atención integral) ACCIDENTE LABORAL

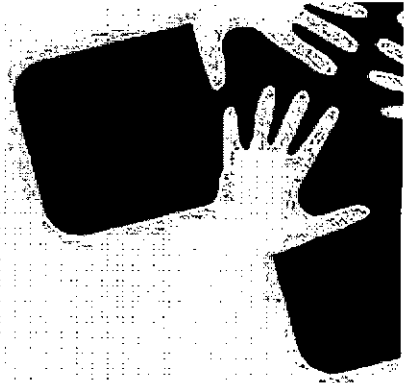
1. QUE ES ACCIDENTE DE TRABAJO: La legislación colombiana establece que el accidente de trabajo es un riesgo profesional que se presenta como un suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo que desarrollan, originada en una relación laboral contractual, depende de un contrato laboral, o de un contrato de prestación de servicios.



2. REPORTE ACCIDENTE DE TRABAJO:

RUTA





ACCIDENTE DE TRABAJO CONSULTA PRESTADOR PRIMARIO

PASO	¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	Inicio	Donde	Por qué?	fin
1	Reconocimiento del Accidente de Trabajo	Rector I.E. coordinador Testigo que sea menor de edad.	Diligenciando Información detallada de cómo ocurrieron los hechos en formulario.	ingreso	En la Institución Educativa o Áreas de labor	Atención diferencial luego del reconocimiento o del evento	egreso
2	Valoración Médica inicial	Médico	Valoración Respetando intimidad y confidencialidad	Ingreso	Consultorio de servicio médico prioritario o urgencias hospitalarias	Identificación y gestión de riesgo, determinación de conducta	egreso
3	Reconocimiento e Información sobre el suceso acontecido	Médico general y/o Laboral	Médico: Anamnesis Examen físico	Luego de valoración clínica	Consultorio de servicio médico prioritario o urgencias hospitalarias	Identificación y gestión de riesgo, determinación de conducta	egreso
4	Si hay compromiso Osteomuscular, neurológico, etc. se remite para abordaje integral (ruta promoción y mantenimiento de la salud)	Medico	Abordaje integral ya sea quirúrgico, hospitalario y los demás que aplique	En la toma de decisión por parte de la usuaria	Consultorio de servicio médico prioritario o urgencias hospitalarias	Gestión de riesgo y mantenimiento o de salud del paciente	Egreso





INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO

INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA

- Se incluye el nombre de la secretaria a la cual pertenece el docente y demás información solicitada en el ítem.

INFORMACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE

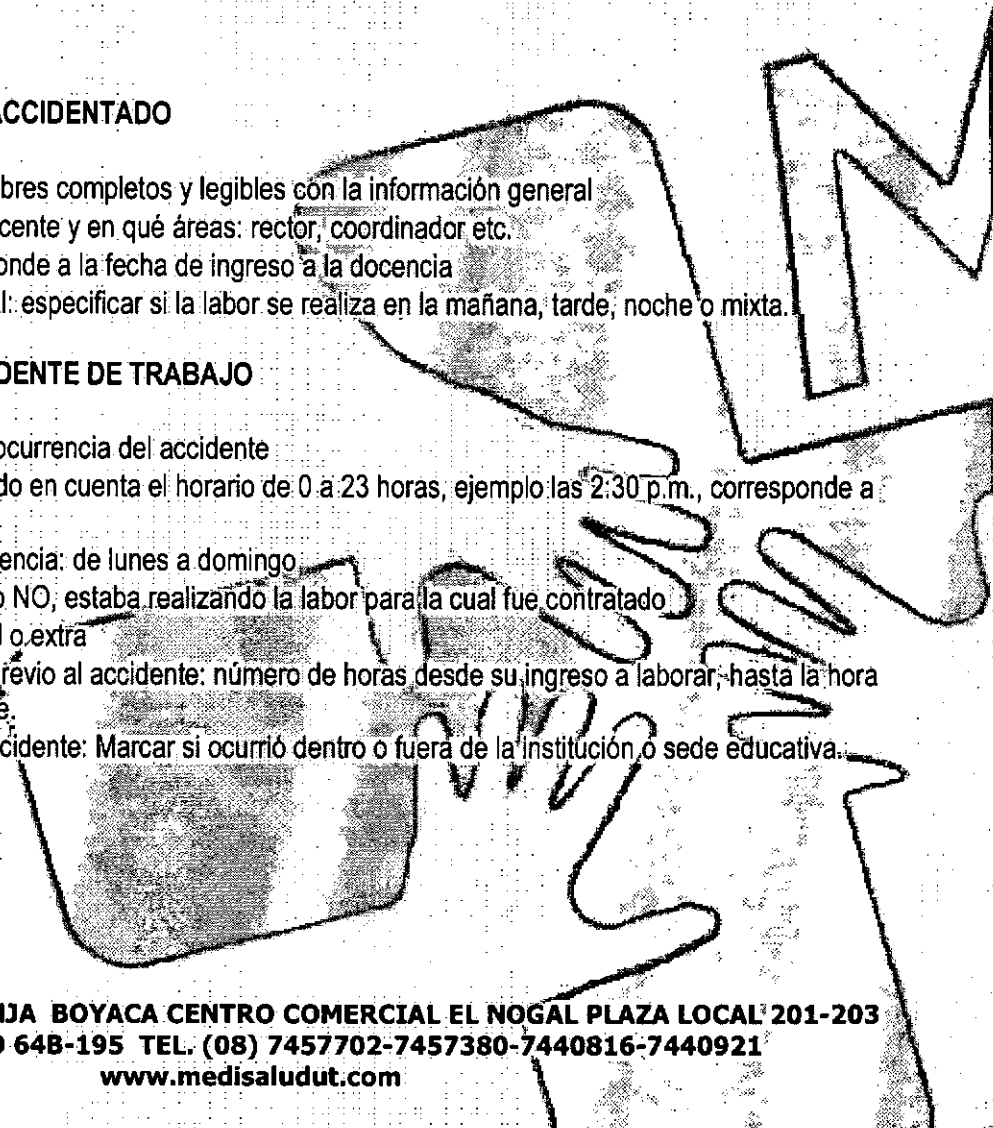
- Se incluye el nombre de la institución educativa, sede y localización en la cual labora el docente al momento del accidente.

INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO

- Se incluye apellidos y nombres completos y legibles con la información general
- Cargo: especificar si es docente y en qué áreas: rector, coordinador etc.
- Fecha de ingreso: corresponde a la fecha de ingreso a la docencia
- Jornada de trabajo habitual: especificar si la labor se realiza en la mañana, tarde, noche o mixta.

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

- Fecha: día, mes y año de ocurrencia del accidente
- Hora del accidente: teniendo en cuenta el horario de 0 a 23 horas, ejemplo las 2:30 p.m., corresponde a las 14:30 horas.
- Día de la semana de ocurrencia: de lunes a domingo
- Labor habitual: Marcar SI o NO, estaba realizando la labor para la cual fue contratado
- Jornada de trabajo: normal o extra
- Total de tiempo laborado previo al accidente: número de horas desde su ingreso a laborar, hasta la hora de ocurrencia del accidente.
- Lugar de ocurrencia del accidente: Marcar si ocurrió dentro o fuera de la institución o sede educativa.





- Demarcar el área o sitio específico (patio, escalera, laboratorio, salón de clase etc)
- Tipo de lesión: Marcar el tipo de lesión o de lesiones cuasadas (herida, golpe, quemadura, raspadura, etc).
- Con qué se lesionó el trabajador: Marcar el objeto, sustancia o material con el cual se causó el accidente.
- Parte del cuerpo aparentemente afectada: Marcar el área del cuerpo específica la cual se afectó.

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

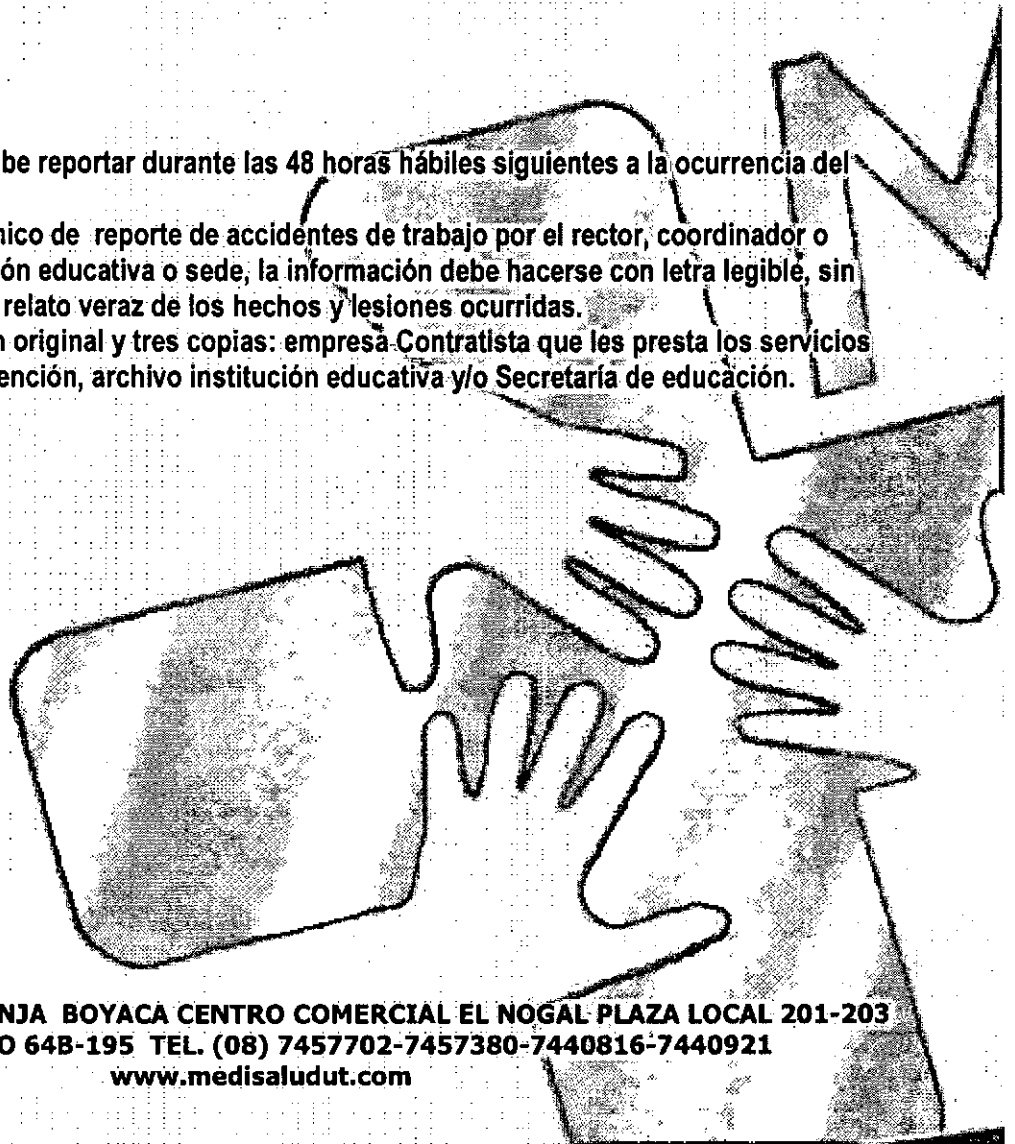
- Describa en forma breve la forma como ocurrió el accidente
- Información de testigos: Incluir el nombre, cédula y cargo de una o dos personas que presenciaron el accidente. No se debe incluir menores de edad.
- Responsable del reporte: Nombre, identificación y firma de la persona responsable del diligenciamiento del informe, (debe firmar el rector o coordinador de la institución).

IMPORTANTE

Todo accidente de trabajo se debe reportar durante las 48 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho.

Debe diligenciarse el formato único de reporte de accidentes de trabajo por el rector, coordinador o persona asignada en la institución educativa o sede, la información debe hacerse con letra legible, sin tachones ni enmendaduras con relato veraz de los hechos y lesiones ocurridas.

El formato debe diligenciarse en original y tres copias: empresa-Contratista que les presta los servicios de salud, IPS donde recibe la atención, archivo institución educativa y/o Secretaría de educación.





FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO



IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U ____ R ____	

CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE					
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
TELÉFONO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
ZONA U ____ R ____					

INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO					
TIPO DE VINCULACIÓN	PLANTA	PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ____ C.E. ____	NUMERO	FECHA DE NACIMIENTO (DIA, MES, AÑO) ____/____/____		SEXO MASCULINO ____ FEMENINO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO
CARGO: DOCENTE ____ ORIENTADOR (A) ____ D.D. RECTOR (A) ____ COORDINADOR (A) ____		FECHA DE INGRESO SED (DIA, MES, AÑO) ____/____/____		SALARIO	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: MAÑANA ____ TARDE, NOCHE, GLOBAL ____

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO					
FECHA DEL ACCIDENTE (DIA, MES, AÑO) ____/____/____		HORA DEL ACCIDENTE (0- 23 HORAS) LUN ____ MAR ____ MC ____ JU ____ VI ____ SAB ____ DOM ____			
JORNADA EN QUE SUCDE NORMAL ____ EXTRA ____		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ____ NO ____		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE ____	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO ____ TRÁNSITO ____ VIOLENCIA ____ DEPORTIVO ____ RECREATIVO ____		CAUSÓ LA MUERTE SI ____ NO ____	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA ACCIDENTE U ____ R ____

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO: DENTRO DEL COLEGIO ____ FUERA DEL COLEGIO ____					
INDICAR EL SITIO DONDE OCURRIÓ:					
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR	<input type="checkbox"/> FRACTURA	<input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO, QUEMADURA			
<input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS	<input type="checkbox"/> LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN			
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR	<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE			
<input type="checkbox"/> ESCALERAS	<input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA	<input type="checkbox"/> ASFIXIA			
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS (PARQUEO)	<input type="checkbox"/> COMMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)	<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)	<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN			
<input type="checkbox"/> AREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> HERIDA	<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES			
<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> OTRO?			
<input type="checkbox"/> CUAL?		<input type="checkbox"/> CUAL?			

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> CABEZA	<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MAQUINAS	<input type="checkbox"/> CAIDA DE OBJETOS			
<input type="checkbox"/> OJO	<input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> CAIDA DE PERSONAS			
<input type="checkbox"/> CUELLO	<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES			
<input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS)	<input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS			
<input type="checkbox"/> TORAX	<input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS)	<input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO			
<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> MOVIMIENTO			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> APARATOS	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON			
<input type="checkbox"/> MANOS	<input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES)	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON			
<input type="checkbox"/> PIES	<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	<input type="checkbox"/> SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES,			
<input type="checkbox"/> MÚLTIPLES		<input type="checkbox"/> RADIACIONES O SALPICADURAS			
		<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL?			

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE	
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)		APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFI. NÚMERO
			C.C. ____ C.E. ____
		CARGO	
		APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFI. NÚMERO
			C.C. ____ C.E. ____
		CARGO	
RESPONSABLE DEL INFORME			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	
C.C. ____ C.E. ____			
FIRMA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO)			
____/____/____			