



**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN, TRAMITACIÓN Y NOTIFICACIÓN
DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y EN ACTO DE SERVICIO
EN LOS SERVICIOS CENTRALES
DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD**

NOVIEMBRE 2018

1- ASISTENCIA AL ACCIDENTADO

En caso de producirse un Accidente de Trabajo **se atenderá al trabajador accidentado** con los medios disponibles, enviándole posteriormente a:

- **Urgencias o Centro de Salud que le corresponda** en el caso de empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social (**RGSS**), a ser posible con el **VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA** (ANEXO I) que se cumplimentará en el Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315).
- **Centro Asistencial de su cuadro médico** para el personal acogido al mutualismo administrativo (**MUFACE**).

En caso de que el **accidente sea grave** se dará aviso al Servicio de Emergencias 112.

Una vez atendido el empleado público en el centro sanitario se le proporcionará el **PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIAS**.

2- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE

El **Responsable del Servicio** del trabajador accidentado, en un plazo menor a 24 horas, a través del **PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE** (ANEXO II) dando traslado del mismo al Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Profesionales (despacho 3007), quien lo remitirá:



- al Técnico de PRL de la Delegación Territorial, para su comunicación a los Delegados de Prevención y al Comité de Seguridad y Salud de Valladolid.
- al Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL) de la Consejería de Hacienda para su conocimiento y, si procede, investigación de las causas.
- al Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315).

Esta comunicación debe de ser **inmediata**, 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.

3 TRAMITACIÓN Y NOTIFICACIÓN

PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL RGSS

A- ACCIDENTE SIN BAJA:

Si el trabajador sólo falta al trabajo el día del accidente y no causa baja, aportará el **PARTE DE ASISTENCIA** dado por el centro asistencial al Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315), desde donde se remitirá al Servicio de Gestión de Recursos Comunes, a efectos de Control Horario.

Con esta información, el Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315) cumplimentará el **PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA**, relacionando aquellos trabajadores que hubieran sufrido accidente de trabajo durante el mencionado mes sin causar baja médica y remitiéndolo a la Entidad Gestora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente, a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@).

B-ACCIDENTE CON BAJA:

El médico del Centro de Salud facilitará al trabajador su **PARTE MÉDICO DE BAJA**, por duplicado destinando una copia al Trabajador y la otra para entregar al Servicio de Personal, Nóminas.

El Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315), debe cumplimentar el **PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO**, remitiéndolo a la Entidad Gestora 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, a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@).

Se actuará igualmente con las recaídas.

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, el Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315), comunicará el hecho, en el plazo de **24 horas, a la autoridad laboral** de la provincia donde haya ocurrido el accidente.

La citada comunicación contendrá: razón social, domicilio y teléfono de la empresa, nombre de los accidentados y la descripción del accidente, así como el lugar donde ocurrió.

Para notificar dicha comunicación podrá utilizarse el Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@).

PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO GESTIONADO POR MUFACE

Una vez recibida la asistencia el empleado público entregará el **PARTE DE ASISTENCIA** al Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315), junto con escrito motivado en el que se **solicite el inicio el expediente de averiguación de causas** (ANEXO III) que conllevará al reconocimiento de los derechos derivados de esta contingencia como accidente en acto de servicio.

El Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315) cumplimentará por duplicado el **PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO**, enviando una copia al Servicio Provincial de MUFACE de adscripción del mutualista y otra copia, a través del Servicio de Salud Laboral, al técnico de PRL de la Delegación Territorial y al SCPRL, para que se realice la investigación del accidente con el fin de adjuntarla como documentación, al expediente de averiguación de causas del accidente.


Siguiendo el procedimiento descrito en el CAPÍTULO II de la 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*, se dictará la RESOLUCIÓN que determine la calificación del accidente como "accidente en acto de servicio" notificándolo al mutualista afectado, al Servicio Provincial de MUFACE al que se encuentre adscrito el mutualista y a efectos estadísticos, a través del Servicio de Salud Laboral, al SCPRL.

El esquema general de actuación se recoge en el ANEXO IV.



ANEXO I:


VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA



MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Registro INSS

ATENCIÓN: Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO

1.- DATOS DE LA EMPRESA

Denominación de la empresa		Código de cuenta de cotización			
Domicilio: (calle, plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		
País		Apartado de correos		Teléfono	
Correo electrónico					

2.- TRABAJADOR QUE PRECISA ASISTENCIA SANITARIA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI-NIE-Pasaporte	Domicilio habitual: (calle, plaza)		Número	Bloque	Escalera Piso Puerta
Nº. de Seguridad Social	Código postal	Localidad			
Provincia		País		Apartado de correos Teléfono	
Teléfono móvil		Correo electrónico			

3.- DATOS DEL ACCIDENTE

El trabajador citado ha sufrido un accidente de trabajo a las _____ horas del día _____ cuando realizaba las tareas:

Indicar las tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente

Esta empresa tiene protegidas las contingencias profesionales con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

_____ a _____ de _____ de 20__

Firma de la empresa.

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE _____

NOTA: Esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero informático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial del INSS o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14)

www.reg-social.es https://sede.reg-social.gob.es/

Documento disponible en el Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315).



ANEXO II:

PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

1. DATOS DEL/LOS TRABAJADOR/ES ACCIDENTADO/S							
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	PROVINCIA/ LOCALIDAD	CENTRO	SERVICIO O UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO	RGSS	MUFACE
						INSS	
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 MÉDICA		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 20____.
Cargo:
Firmado:

Recibí, en _____, a ____ de _____ de 20____ Fdo: Cargo:

ANEXO III:

SOLICITUD DE 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 (*Señalar con una cruz*):

PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIAS del Centro Asistencial

PARTE OFICIAL DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Otros (especificar): _____

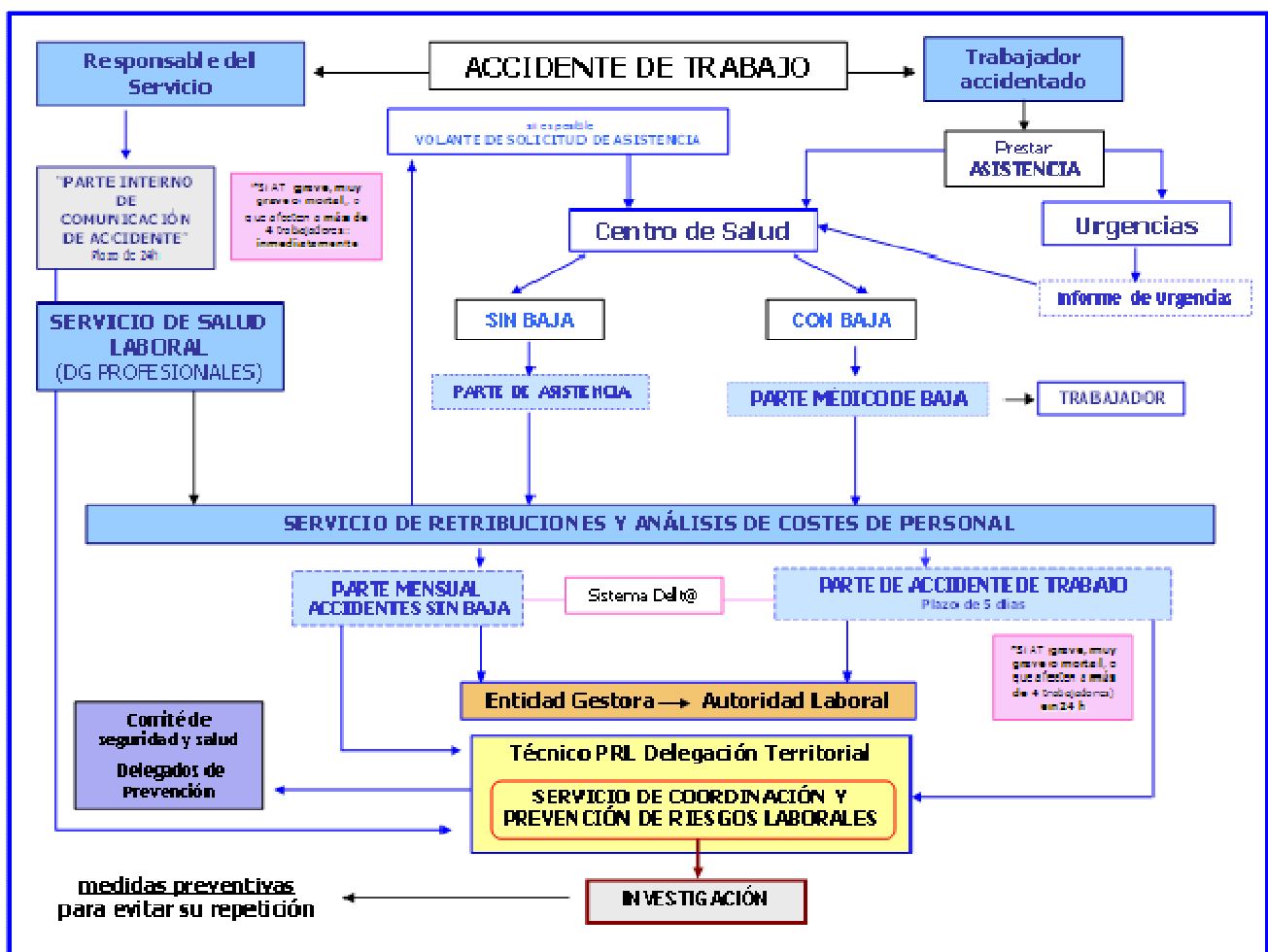
En a de de

Fdo:.....

DIRIGIDA A: Servicio de Personal, Nóminas (despacho 1315).

ANEXO IV:

ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL



ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO (MUFACE)

