



INSTITUTO ECUATORIANO DE NORMALIZACIÓN

**GUÍA
PARA LA
PRESENTACIÓN
DE LOS AVISOS
SOBRE ACCIDENTES
DE TRABAJO**

1975

Quito - Ecuador

**Guía Práctica
Ecuatoriana**

**GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS AVISOS SOBRE
ACCIDENTES DE TRABAJO**

**GPE INEN
007:1975**

1 OBJETO

1.1 Esta guía tiene por objeto establecer un formulario único para la presentación de la información concerniente a la denuncia de un accidente de trabajo.

2 ALCANCE

2.1 Esta guía se aplicará a todos los avisos sobre accidentes de trabajo, a ser reportados al Departamento de Riesgos de Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3. DISPOSICIONES GENERALES

3.1 Para reportar un accidente de trabajo, deberá utilizarse el formulario que se indica en el anexo A.

3.2 Este formulario corresponderá al formato A-4 (210 x 297 mm) (INEN 72) Y estará impreso en los dos lados.

(Continúa)

ANEXO A

IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	AVISO DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO	INEN Instituto Ecuatoriano de Normalización		
Datos que deberá llenar la empresa o patrono				
I.- DATOS GENERALES				
1.1 Patrono/Empresa.- a) Denominación o razón social..... b) Número Patronal..... c) Dirección..... d) Teléfono.....; Casilla..... e) Número de personal ocupado..... f) Fecha último pago de aportes al IESS y número del comprobante.....	1.2 Accidentado.- a) Nombre..... b) No. de afiliación..... c) Sexo.....; Estado Civil..... d) Trabajo habitual..... e) Horario regular..... f) Salario diario.....; Mensual..... g) Tiempo en servicio.....			
II.- DETALLES DEL ACCIDENTE				
Fallecimiento <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/>				
a) Día.....; Fecha.....; Hora..... b) Sitio donde ocurrió el accidente (anótese el lugar dentro de la empresa, calle, carretera o población).... c) Descripción del accidente (qué hacía el trabajador y cómo se lesionó)..... d) Máquina, parte de ella, herramienta, vehículo, objeto o sustancia que produjo directamente la lesión..... e) Defecto en máquinas, herramientas, objetos o sustancias que produjeron el accidente..... f) Falla del trabajador o de sus compañeros que causó el accidente..... g) Nombres de tres testigos, si los hubo.....				
III.- PREVENCIÓN				
Para eliminar las causas de este accidente y evitar su repetición la Empresa ha dispuesto las siguientes medidas: (Marcar con una X)				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Reparar máquinas, equipo, herramientas, etc. <input type="checkbox"/> Instalar Protección o resguardo <input type="checkbox"/> Comprar equipo de protección personal <input type="checkbox"/> Instruir mejor al personal <input type="checkbox"/> Corregir el método de trabajo <input type="checkbox"/> Cambio de faena, trabajo, etc. </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Mejorar el ambiente <input type="checkbox"/> Reparar el área de trabajo <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias <input type="checkbox"/> Exigir uso del equipo protector <input type="checkbox"/> Mayor Supervisión y control <input type="checkbox"/> Mejorar iluminación <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> Plazo máximo para su cumplimiento.....			<input type="checkbox"/> Reparar máquinas, equipo, herramientas, etc. <input type="checkbox"/> Instalar Protección o resguardo <input type="checkbox"/> Comprar equipo de protección personal <input type="checkbox"/> Instruir mejor al personal <input type="checkbox"/> Corregir el método de trabajo <input type="checkbox"/> Cambio de faena, trabajo, etc.	<input type="checkbox"/> Mejorar el ambiente <input type="checkbox"/> Reparar el área de trabajo <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias <input type="checkbox"/> Exigir uso del equipo protector <input type="checkbox"/> Mayor Supervisión y control <input type="checkbox"/> Mejorar iluminación <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reparar máquinas, equipo, herramientas, etc. <input type="checkbox"/> Instalar Protección o resguardo <input type="checkbox"/> Comprar equipo de protección personal <input type="checkbox"/> Instruir mejor al personal <input type="checkbox"/> Corregir el método de trabajo <input type="checkbox"/> Cambio de faena, trabajo, etc.	<input type="checkbox"/> Mejorar el ambiente <input type="checkbox"/> Reparar el área de trabajo <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias <input type="checkbox"/> Exigir uso del equipo protector <input type="checkbox"/> Mayor Supervisión y control <input type="checkbox"/> Mejorar iluminación <input type="checkbox"/>			
IV.- CERTIFICACIONES				
Lugar y Fecha.....				
Lugar	Día	Mes		
Año				
Firma y Sello del Patrono	Nombre y firma del denunciante (trabajador o familiar, en caso de que no lo haga el patrono)			
Control Interno del IESS	Fecha de recepción.....			
Firma y sello del empleado.....				

V.- INFORME MEDICO INICIAL

(Datos que deberá llenar el Médico del IESS que atendió al accidentado)

- a) Lugar y fecha en que se presentó el accidentado al servicio Médico del IESS
 Lugar..... Día..... Mes..... Año.....
- b) Presentaba síntomas de Intoxicación por alcohol
 Intoxicación por otras drogas
- c) Otros datos Hubo riña
 Hay sospecha de simulación
- d) Descripción de las lesiones.....

 Unidad médica que informa.....
 Nombre y firma del facultativo.....
 Fecha.....

VI.- INFORME DE MEDICINA DEL TRABAJO

- Naturaleza de la lesión
- a) 1. Abluciones ; 2. Amputaciones ; 3. Asfixia ; 4. Compresión ; 5. Con-
 tusión ; 6. Cuerpos extraños ; 7. Escoriación ; 8. Esguince ; 9. Fractura
 10. Herida ; 11. Hernias ; 12. Luxación ; 13. Machacamiento ; 14. Quema-
 duras ; 15. Roturas musculares ; 16. Otros .
 - b) Partes del cuerpo afectado
 1. Abdomen ; 2. Antebrazo D. ; 3. I. ; 4. Brazo D. ; 5. I. ; 6. Ca-
 beza ; 7. Cadera ; 8. Cara ; 9. Codo D. ; 10. I. ; 11. Columna
 vertebral ; 12. Cuello ; 13. Dedos de la mano D. ; 14. I. ; 15. Dedos del pie
 D. ; 16. I. ; 17. Espalda ; 18. Hombro D. ; 19. I. ; 20. Ingle ;
 21. Mano D. ; 22. I. ; 23. Muñeca D. ; 24. I. ; 25. Muslo ; 26. Ojo D. ;
 27. I. ; 28. Pelvis ; 29. Pie D. ; 30. I. ; 31. Pierna D. ; 32. I. ;
 33. Rodilla D. ; 34. I. ; 35. Tobillo D. ; 36. I. ; 37. Tórax ;
 38. Otros .
 - c) Las lesiones que presenta el accidentado _____ tienen relación directa con el accidente.
 si o no
 - d) El trabajo habitual del accidentado es.....
 - e) Las lesiones que presenta el accidentado..... lo incapacitan para ejecutar su trabajo.
 si o no
 - f) El tiempo probable en que podrá reanudar sus labores será de.....
 - g) El accidentado tenía los defectos físicos o funcionales que a continuación se indican antes de acaecer
 el accidente.....

 Observaciones.....

 Vto. Bno. Jefe de la Sección de Medicina del Trabajo.....
 Firma.....
 Lugar y fecha.....

VII.- CALIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO

- a) El presente caso se acepta como riesgo profesional
 si o no
- b) Nombre y firma del funcionario que calificó el caso.....
 Nombre y Firma.....
 Lugar y Fecha.....

APENDICE Z

Z.1 NORMAS A CONSULTAR

INEN 72 *Formatos de Papeles. Series de formaras finales.*

Z.2 BASES DE ESTUDIO

Formularios para reportar accidentes de trabajo vigentes en diversos países sudamericanos.