



SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CIRCULAR 0118

1700

Ibagué, 24 de marzo de 2022

PARA: DIRECTIVOS DOCENTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS DEL MUNICIPIO DE IBAGUE

ASUNTO: INSTRUCTIVO REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

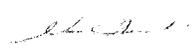
Con el fin de dar a conocer a las Instituciones Educativas Publicas del Municipio de Ibagué los protocolos para la realización de los reportes de los accidentes de trabajo de los docentes, administrativos y estudiantes de los grados 10 y 11 (que se encuentran realizando las prácticas empresariales y la labor social y por ende se encuentran afiliados a la ARL), el área de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Secretaria de Educación, ha elaborado el presente instructivo en el cual se da a conocer, el proceso que debe llevarse a cabo para dichos reportes, indicando cual es la documentación solicitada, datos que se debe adjuntar de la persona accidentada, sitios de atención y números de contacto de la ARL respectiva u operador, con el fin de realizar por parte de la Secretaria el informe correspondiente para la respectiva investigación.

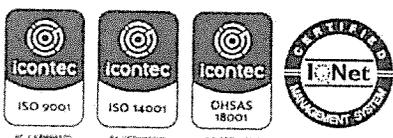
De igual manera se adjunta el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo FURAT de la Fiduprevisora el cual se debe diligenciar en caso de accidentes de los docentes, para el caso de los administrativos el diligenciamiento del formato se hace directamente desde el área de Seguridad y Salud en el trabajo de la Secretaria de Educación

Cordialmente,


JUAN MANUEL RODRIGUEZ ACEVEDO
Secretario de Educación

Andrea del Pilar Bravo F/Dir. Activa y Financiera 

Redactor: Norma C Arango Navarro/Técnico Operativo 





IBAGUÉ VIBRA



@alcaldiaibague



@Alcaldiaibague



@alcaldiadeibague



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo

DIRIGIDO A DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS



@alcaldiaibague



@Alcaldiaibague



@alcaldiadeibague



CONCEPTUALIZACIÓN



INCIDENTE DE TRABAJO

Resolución 1401/ 2007 Art.3

Suceso que acontece en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente en el que hubo personas involucradas sin que sufriesen lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o perdido en los procesos.



ACCIDENTE DE TRABAJO

LEY 1562 DE 2012 Art.3

“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”



También es el que se produce durante:

- ❖ La ejecución de órdenes del empleador, o contratante o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.
- ❖ El traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.
- ❖ 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.
- ❖ La ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria (EST)



ACCIDENTE DE TRABAJO GRAVE

Res 1401/2007 Art.3

Aquel que atrae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal, fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cubito) trauma craneoencefálico, quemaduras de 2^o y 3^o, lesiones severas de columnas vertebral con compromiso de medula espinal, lesiones oculares que comprometan la agudeza visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva.



ACCIDENTE DE TRABAJO LEVE

- Son aquellos accidentes en los cuales el trabajador no sufre una lesión grave

ACCIDENTE DE TRABAJO FATAL

- Son aquellos accidentes en los cuales se presenta la muerte del trabajador.



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos Dicentes y Docentes

1. Todo docente que se le presente un accidente de trabajo, se le deben brindar los primeros auxilios de acuerdo a la situación, en el lugar donde se encuentre.
2. Se debe notificar lo sucedido inmediatamente al Rector de la Institución Educativa y a al área Seguridad y Salud en el Trabajo de la Secretaría de Educación.



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos docentes y Docentes

3, En caso de requerir atención de urgencia, el docente debe dirigirse a la IPS de la red de servicio de salud (Asotrauma, Clínica Avidanti, Clínica Ibagué, Hospital Federico Lleras, Clínica Tolima...), informar su afiliación a la Unión Temporal Tolihuila y presentar su Cédula de Ciudadanía para ser atendido. No se requiere diligenciar ningún reporte ni formato para la atención de urgencias. En caso de algún inconveniente con la atención, comuníquese a la línea 01800182041, e informe lo sucedido para apoyarlo.

4. Diligenciar el [Formato de accidente de trabajo](#) aprobado por la Fiduprevisora, el cual se encuentra disponible en la página WEB de la Secretaría de Educación, este debe ser firmado por el rector.

Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos docentes y Docentes

5. El docente o un familiar deben junto con el oficio remisario, radicar en **SAC** Sistema de Atención al Ciudadano en máximo 24 horas luego de ocurrido el evento los siguientes documentos:

- El Informe de Accidente de Trabajo del Empleador o Contratante (o el llamado FURAT),
- Fotocopia del documento de identidad, en este anotar la Institución Educativa, la asignatura que dicta, jornada, número de celular y correo electrónico.
- Epicrisis medica de la atención de urgencias
- Incapacidad medica (Si es otorgada)
- Foto del sitio del evento





Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos docentes y Docentes

6. Después de radicado el FURAT con la documentación requerida el área e Seguridad y Salud en el Trabajo de la Secretaria de Educación, enviara por correo electrónico a la UT Toluila y a la UT Riesgos Laborales, copia del radicado realizado por el docente y el formato de solicitud de servicios, para que se ejecute la correspondiente investigación del caso.
7. La UT Riesgos Laborales, contactará al docente involucrado en el evento y/o testigos, con el fin de ampliar información e iniciar el proceso de investigación del mismo. Se define si se realiza presencial o virtual y se procede a su ejecución. Proceso que no debe exceder **15 días** calendario.



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos docentes y Docentes

8. La investigación es enviada por correo electrónico a la UT Toluquila y a la Secretaría de Educación por parte de la UT Riesgos Laborales en un termino no mayor a **30 días** hábiles.
9. Los resultados de las investigaciones se socializarán con el Rector de la institución educativa donde se presentó el evento, para que apoye el proceso de reincorporación de los docentes una vez finalicen la incapacidad y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos.
10. Los procesos de radicación de incapacidades, recomendaciones, seguimiento y acompañamiento a los docentes involucrados en accidentes de trabajo, se realizará por parte de UT Toluquila y el área de Seguridad y Salud en el Trabajo



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Directivos docentes y Docentes

11. Los casos que excedan más de **30 días** de incapacidad, se gestionará la realización de un examen medico de post incapacidad por parte de UT Toluila.

Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Administrativos

1. Primeros Auxilios: el trabajador accidentado debe recibir oportunamente los primeros auxilios necesarios.
2. Traslado del Paciente: El trabajador accidentado debe ser remitido a la Red de IPS de Positiva o al centro asistencial de urgencias más cercano si el caso lo requiere.

RED ASISTENCIAL EN IBAGUÉ

CLINICA	SERVICIOS	DIRECCIÓN
CLINICA ASOTRAUMA SAS	URGENCIAS; HOSPITALIZACIÓN; CIRUGÍA; CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES.	CRA 4H BIS # 3 - 41
CLÍNICA IBAGUE S.A.	URGENCIAS; HOSPITALIZACIÓN; CIRUGÍA; CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES.	CRA 5 No.12-15
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.	URGENCIAS; HOSPITALIZACIÓN; CIRUGÍA; CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES.	CALLE 33 No 4A - 50
MEDICADIZ S.A.S.	CONSULTA PRIORITARIA; HOSPITALIZACIÓN; CIRUGÍA; CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES	Carrera 12 Sur # 93 21-Vía Aeropuerto
DROGUERIAS COPIFAM-IBAGUE ETICOS SERRANOS – DROGAS LA ECONOMÍA	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Cra. 5 Nro. 21-101 Esquina
	DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	CARRERA 5 No.30-81



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Administrativos

3. Reportar el Accidente: El accidente debe ser reportado al área de SST de la Secretaria de Educación, para lo cual debe tener los datos de la persona accidentada como son:

- ❖ Nombres y apellidos completos
- ❖ Documento de identidad
- ❖ Correo electrónico
- ❖ Numero telefónico
- ❖ Fecha de nacimiento
- ❖ Dirección de residencia



Protocolo de Notificación, Reporte e Investigación de Accidentes de Trabajo Administrativos

- ❖ Salario
- ❖ Cargo
- ❖ Información y descripción del accidente
- ❖ Si hubo personas que presenciaron el accidente se deben tener los datos de estas personas como nombres y documentos de identidad.

Nota: Para el reporte de los accidentes de los estudiantes se debe realizar el mismo protocolo.







SC-CER668102



SA-CER668103



ST-CER907450



Alcaldía Municipal
Ibagué



**IBAQUÉ
VIBRA**

Muchas gracias



@alcaldiaibague



@Alcaldiaibague



@alcaldiadeibague

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



No.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUÁL
				CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:	(1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/>	(2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>
SEDE PRINCIPAL			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	
	NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FAX	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	
		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR			
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CÓDIGO		
	TELÉFONO	FAX	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	
		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN:	(1) PLANTA <input type="checkbox"/>	(2) MISIÓN <input type="checkbox"/>	(3) COOPERADO <input type="checkbox"/>	(4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/>	(5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	CÓDIGO (5)
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		D D M M A A A A	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CARGO			
		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>				
OCCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	D D M M			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	(1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>			

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)	DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
D D M M A A A A	H H M M	LU MA MI JU VI SA DO
JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?	CÓDIGO
(1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>	(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? <input type="checkbox"/>	
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE	
H H M M	(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRANSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>	

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)	TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)
<input type="checkbox"/> (1) AULAS DE CLASE	<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA
<input type="checkbox"/> (2) TRANSPORTE ESCOLAR	<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS INDUSTRIALES O DE FORMACIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS	<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	<input type="checkbox"/> (41) HERIDA
<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS	<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
<input type="checkbox"/> (8) ÁREAS DEPORTIVAS RECREATIVAS O DE ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
<input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)	<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA
	<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
	<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
	<input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA
	<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
	<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
	<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES
	<input type="checkbox"/> (99) OTRO. (Especifique)

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA	<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS
<input type="checkbox"/> (1.12) OÍO	<input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS
<input type="checkbox"/> (2) CUELLO	<input type="checkbox"/> (3) APARATOS	<input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)	<input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX	<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN	<input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES	<input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> (4.46) MANOS	<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	<input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)
<input type="checkbox"/> (5.56) PIES	<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	
<input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES		
<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS		

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CARGO	No.
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CARGO	No.
	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)	
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CARGO	No.
	FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
		D D M M A A A A A A

Fiduprevisora S.A