



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN, TRAMITACIÓN  
Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y  
EN ACTO DE SERVICIO.**



## **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN, TRAMITACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y EN ACTO DE SERVICIO.**

---

### **1. OBJETO**

### **2. ALCANCE**

### **3. DEFINICIONES**

### **4. DESARROLLO Y RESPONSABILIDADES**

#### **4.1 ASISTENCIA AL ACCIDENTADO**

#### **4.2 COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE**

#### **4.3 TRAMITACIÓN Y NOTIFICACIÓN**

#### **4.4 INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES**

### **5. SEGUIMIENTO Y CONTROL**

### **6. ANEXOS**

ANEXO I: ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION

ANEXO II: VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

ANEXO III: PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES.

ANEXO IV: PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA (sistema Delt@)

ANEXO V: PARTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO (sistema Delt@)

ANEXO VI: SOLICITUD DE INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS

ANEXO VII: PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO



## 1. OBJETO

Establecer la sistemática a seguir cuando en un centro de trabajo ocurre un **accidente de trabajo o en acto de servicio**, determinando las actuaciones que se deben llevar a cabo desde el momento en que se produce el accidente, incluyendo la notificación del mismo.

Los **objetivos** de este procedimiento son los siguientes:

- Asegurar que se da atención médica inmediata en los casos que así lo precisen.
- Establecer el circuito documental entre los diferentes agentes que intervienen en el proceso de asistencia, registro, notificación e investigación del suceso.
- Impulsar los procesos de investigación de los accidentes laborales.
- Facilitar la obtención de los datos necesarios para completar el seguimiento de los índices de siniestralidad laboral de la Administración Autonómica y sus Organismos Autónomos.

## 2. ALCANCE

El presente procedimiento será de aplicación en todo el ámbito de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y de los Organismos Autónomos dependientes de ésta.

El procedimiento se aplica a todos los accidentes de trabajo o en acto de servicio, con baja y sin baja médica, 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. DEFINICIONES

**ACCIDENTE DE TRABAJO O EN ACTO DE SERVICIO:** “Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena” o “aquel que se produzca con ocasión o como consecuencia de las actividades propias de la prestación del servicio a la Administración”.

Dentro de estos se incluyen los accidentes “in itinere” que pueda sufrir el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo.

**ACCIDENTE DE TRABAJO SIN BAJA:** Aquellos en los que existe lesión pero que permite al trabajador continuar realizando su trabajo tras recibir asistencia.

**ACCIDENTE DE TRABAJO CON BAJA:** Los que incapacitan al trabajador para continuar la tarea. Para considerar un accidente con baja, desde el punto de vista legal, el trabajador debe estar ausente al menos un día de su puesto de trabajo, sin contar el día del accidente.

### 4. DESARROLLO Y RESPONSABILIDADES

Cuando en un Centro de Trabajo se produce un accidente, el responsable del mismo debe actuar rápidamente para evitar que los daños producidos se agraven por errores en la actuación, adoptando las acciones necesarias para atender al trabajador accidentado.

En la actuación a seguir en caso de producirse un accidente laboral intervienen una serie de actores:

- Trabajador accidentado.
- Responsable del Centro de Trabajo y/o superior jerárquico del trabajador.



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

- Servicio de Personal / Gerencias de Área, Atención Primaria y/o Atención Especializada de la Gerencia Regional Salud.
- Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL).
- Servicio de Salud Laboral de la Gerencia Regional Salud.
- Técnicos de PRL de las Delegaciones Territoriales.
- Mutuas de Accidentes de Trabajo.
- Servicios de Prevención de la Gerencia Regional de Salud.
- Servicio Provincial de MUFACE.
- Centros Asistenciales.
- Delegados de Prevención.
- Comités de Seguridad y Salud.

Cada uno de estos actores tendrá una misión específica que a continuación se detalla, especificando los pasos a dar tanto para el colectivo de empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social como para los acogidos al Mutualismo Administrativo gestionado por MUFACE.

### 4.1 - ASISTENCIA AL ACCIDENTADO

Una vez producido el Accidente de Trabajo, el Responsable del Centro de Trabajo y/o superior jerárquico o en caso de ausencia de este cualquier persona del centro que estuviera presente en ese momento, adoptara dependiendo de la gravedad del mismo las posibles siguientes acciones:

Atender con los medios disponibles al trabajador accidentado en el centro, enviándole posteriormente a:



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

- Mutua de Accidentes de Trabajo, en el caso de **empleados públicos acogidos al Régimen General de la Seguridad Social**, a ser posible con el **VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA** (ANEXO II) cumplimentado por el Responsable del Centro. Si no fuese posible llevar este documento, no olvidar su tarjeta de la Seguridad Social, el DNI o cualquier otro documento que le identifique e identifique a qué empresa pertenece.
- Centro Asistencial de su cuadro médico para el **personal acogido al mutualismo administrativo**.
- 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 Gerencia Regional de Salud**.

En caso de que el accidente sea grave se trasladara al accidentado al centro sanitario mas próximo por el medio que en el momento se estime más oportuno:

- Avisando al Servicio de Emergencias 112.
- Traslado en coche, taxi, etc.

Una vez atendido el empleado público en el centro asistencial o servicio, a este se le proporcionará **UN PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIAS**.

### 4.2- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE

El **Responsable del Centro o del Servicio** donde se ha producido el accidente, comunicara el hecho, en un **plazo menor a 24 horas**, a través del **“PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE”** (ANEXO III), por triplicado ejemplar, dando traslado del mismo a:



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

- Técnicos de PRL de las Delegaciones Territoriales y SCPRL o Servicios de Prevención del área de salud en el ámbito de la GRS.
- Servicio de Personal (SP) que corresponda, o Gerencia correspondiente en el caso de la Gerencia Regional de Salud.

La comunicación podrá ser telefónica, dejando constancia por correo ordinario, correo electrónico, fax o a través de la aplicación informática que se intentará desarrollar al efecto.

### Situaciones especiales: Comunicación urgente de accidente de trabajo

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

### Comunicación a los Delegados de Prevención:

Una vez recibida la comunicación del accidente en el **Servicio de Personal o Gerencia** correspondiente se trasladará la información al Comité de Seguridad y Salud y a los Delegados de Prevención a través de copia del **“PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE”** (ANEXO III) por correo ordinario, correo electrónico, fax o a través de la aplicación informática que se intentará desarrollar al efecto, en un **plazo de 24 horas** dando así cumplimiento a lo establecido en los art. 36.2.c y 39.2.c de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Para **situaciones especiales** (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) la comunicación debe de ser **inmediata**.



### 4.3 TRAMITACIÓN Y NOTIFICACION

#### PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL RGSS:

(Excepto la Gerencia Regional de Salud)

##### A- ACCIDENTE SIN BAJA:

Si el trabajador sólo falta al trabajo el día del accidente y no causa baja, el trabajador aportará el **PARTE DE ASISTENCIA** dado por el centro asistencial, al **Servicio de Personal**.

Con esta información, el **Servicio de Personal** cumplimentará el **“PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA”** (anexo IV), relacionando aquellos trabajadores que hubieran sufrido accidente de trabajo durante el mencionado mes, sin causar baja médica, remitiéndolo mensualmente a la Entidad Gestora o Colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al de referencia de los datos.

Esta remisión se realizará a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@)

Para trasladar esta información, el Servicio de Personal enviará una copia de este parte mediante correo electrónico al Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales y al Técnico de PRL la Delegación Territorial correspondiente.

##### B-ACCIDENTE CON BAJA:

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



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

El Servicio de Personal, debe cumplimentar el **PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO** (ANEXO V). remitiéndolo 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. Dicha Entidad Gestora o Colaboradora deberá cumplimentar las casillas sombreadas y subsanar, en su caso, los errores advertidos en la cumplimentación del Parte.

La notificación de este documento deberá realizarse a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (**Sistema Delt@**).

Se actuará igualmente con las recaídas.

### **Situaciones especiales: Comunicación urgente de accidente de trabajo**

En los casos de accidentes graves, muy graves, o los que ocasionen el fallecimiento del empleado público, y en aquellos que afecten a mas de cuatro empleados públicos y/o trabajadores de otra empresa , el Servicio de Personal deberá realizar una gestión adicional. Además de cumplimentar los partes de accidente, se 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@).

A su vez y en el mismo plazo se deberá informar al Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL) y a los técnicos de PRL de las Delegaciones Provinciales.



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

### PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL RGSS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN CENTROS DEPENDIENTES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (GRS)

#### A- ACCIDENTE SIN BAJA:

Si el trabajador sólo falta al trabajo el día del accidente y no causa baja, aportará el **PARTE DE ASISTENCIA DE ACCIDENTE** dado por el centro que realiza la asistencia, a la Gerencia correspondiente

Con esta información, la Gerencia cumplimentará el **“PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA”** (anexo V), relacionando aquellos trabajadores que hubieran sufrido accidente de trabajo durante el mencionado mes, sin causar baja médica, remitiéndolo mensualmente a la autoridad laboral a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@)

El traslado de esta información a los servicios de prevención del área correspondiente se realizará siguiendo los cauces establecidos a nivel interno por la GRS.

#### B-ACCIDENTE CON BAJA:

Una vez recibida la asistencia el empleado público entregará el **PARTE DE ASISTENCIA DE ACCIDENTE** al médico del Servicio Público de Salud que realice el reconocimiento. Este emitirá el **PARTE MÉDICO DE BAJA**, entregando dos copias al Trabajador, una para el y otra para entregar a la Gerencia.

La Gerencia, debe cumplimentar el **PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO** (ANEXO VI) remitiéndolo a la autoridad laboral en el plazo máximo de **cinco días hábiles** desde la fecha en que ocurrió el accidente, o desde la fecha de baja médica



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

Para la cumplimentación de los datos de tipo técnico referidos al accidente de dicho parte, se contara con la colaboración del personal del Servicio de Prevención de Área.

La notificación de este documento deberá realizarse a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Sistema Delt@,)

### **Situaciones especiales: Comunicación urgente de accidente de trabajo**

En los casos de accidentes graves, muy graves, o que ocasionen el fallecimiento del empleado público, y en aquellos que afecten a mas de cuatro empleados públicos y/o trabajadores de otras empresas, la Gerencia correspondiente, deberá realizar una gestión adicional. Además de cumplimentar los partes de accidente, se 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 LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS MUTUALISMO ADMINISTRATIVO GESTIONADO POR MUFACE:**

Una vez recibida la asistencia el empleado público entregará el **PARTE DE ASISTENCIA** que le han dado en el centro asistencial, al Responsable del Centro Directivo o directamente al Servicio de Personal junto con escrito motivado en el que se **solicite el inicio el expediente de averiguación de causas** . (ANEXO VI) que conllevara al reconocimiento de los derechos derivados de esta contingencia como accidente en acto de servicio.



## Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

El expediente se iniciará de oficio por el Órgano de Personal a propuesta de la Unidad donde el mutualista preste servicio presentando escrito motivado o a solicitud del mutualista afectado.

Siguiendo el procedimiento para determinar la existencia de accidente en acto de servicio y para documentar la notificación del accidente ocurrido al mutualista, el Servicio de Personal cumplimentará el **“PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO”** (anexo VI) por duplicado, enviando una copia al Servicio Provincial de MUFACE de adscripción del mutualista y otra copia del citado parte 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, este órgano de personal será quien 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 al SCPRL.

### 4.4 -INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES.

El **Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales (SCPRL)** comenzará las acciones precisas para realizar la investigación de los accidentes, una vez recibida la comunicación del accidente.

En el caso de la **Gerencia Regional de Salud** serán los Servicios de Prevención de las diferentes áreas de salud los encargados de iniciar y llevar a cabo la



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

investigación del accidente una vez recibida la comunicación del mismo, siguiendo las directrices marcadas por la propia GRS.

## 5. SEGUIMIENTO Y CONTROL

El **Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales** verificará el cumplimiento de este procedimiento .

En el caso de la **Gerencia Regional de Salud** será el **Servicio de Salud Laboral** quien controle el cumplimiento de este procedimiento, trasladando los datos referentes a los accidentes junto con otros datos de su gestión de forma trimestral al **Servicio de Coordinación y Prevención de Riesgos Laborales**.

## 6. ANEXOS

ANEXO I: ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION

ANEXO II: VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

ANEXO III: PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES.

ANEXO IV: PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA (sistema Delt@)

ANEXO V: PARTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO (sistema Delt@)

ANEXO VI: SOLICITUD DE INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS

ANEXO VII: PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO I:

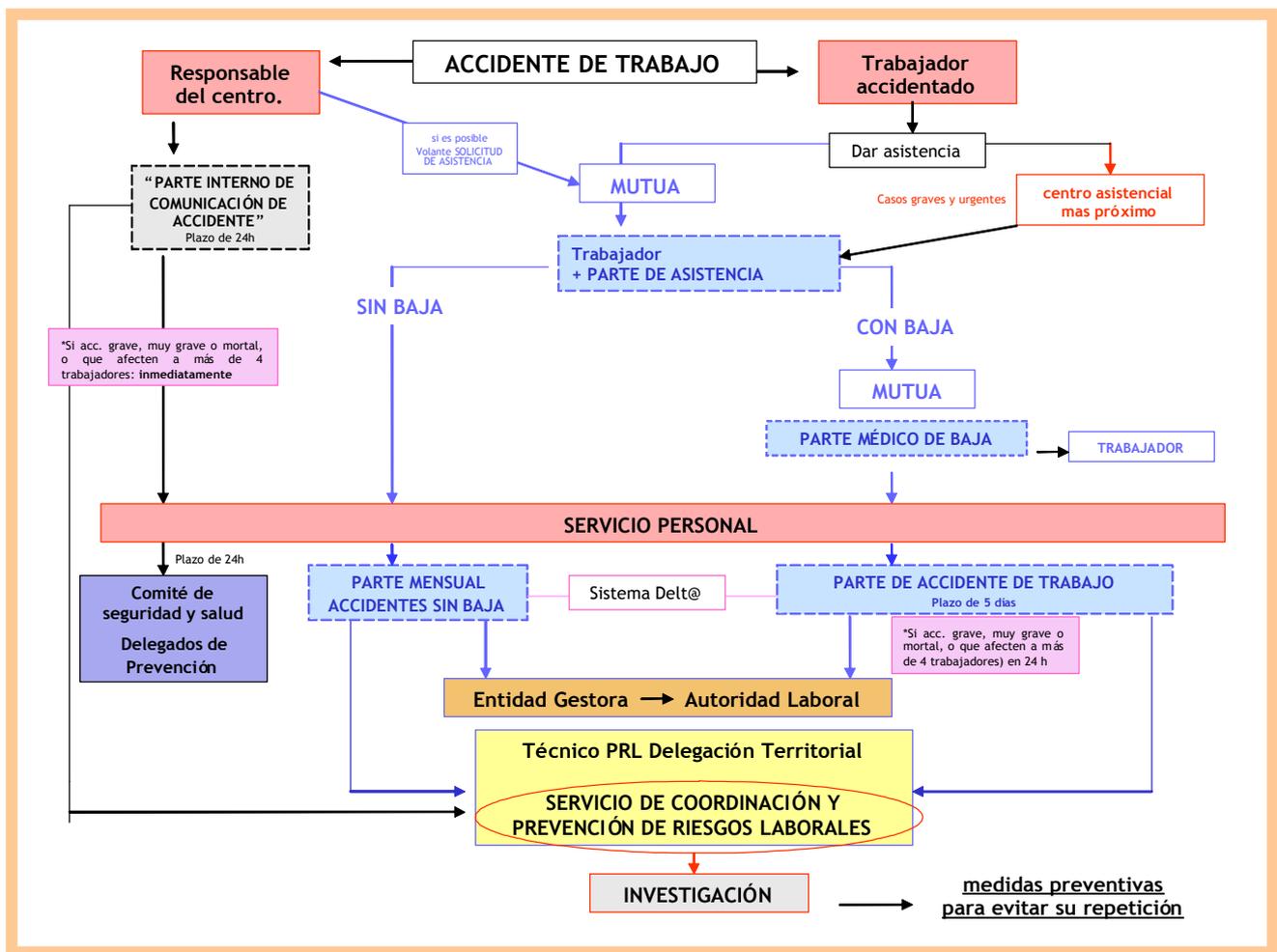
## ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN



# Junta de Castilla y León

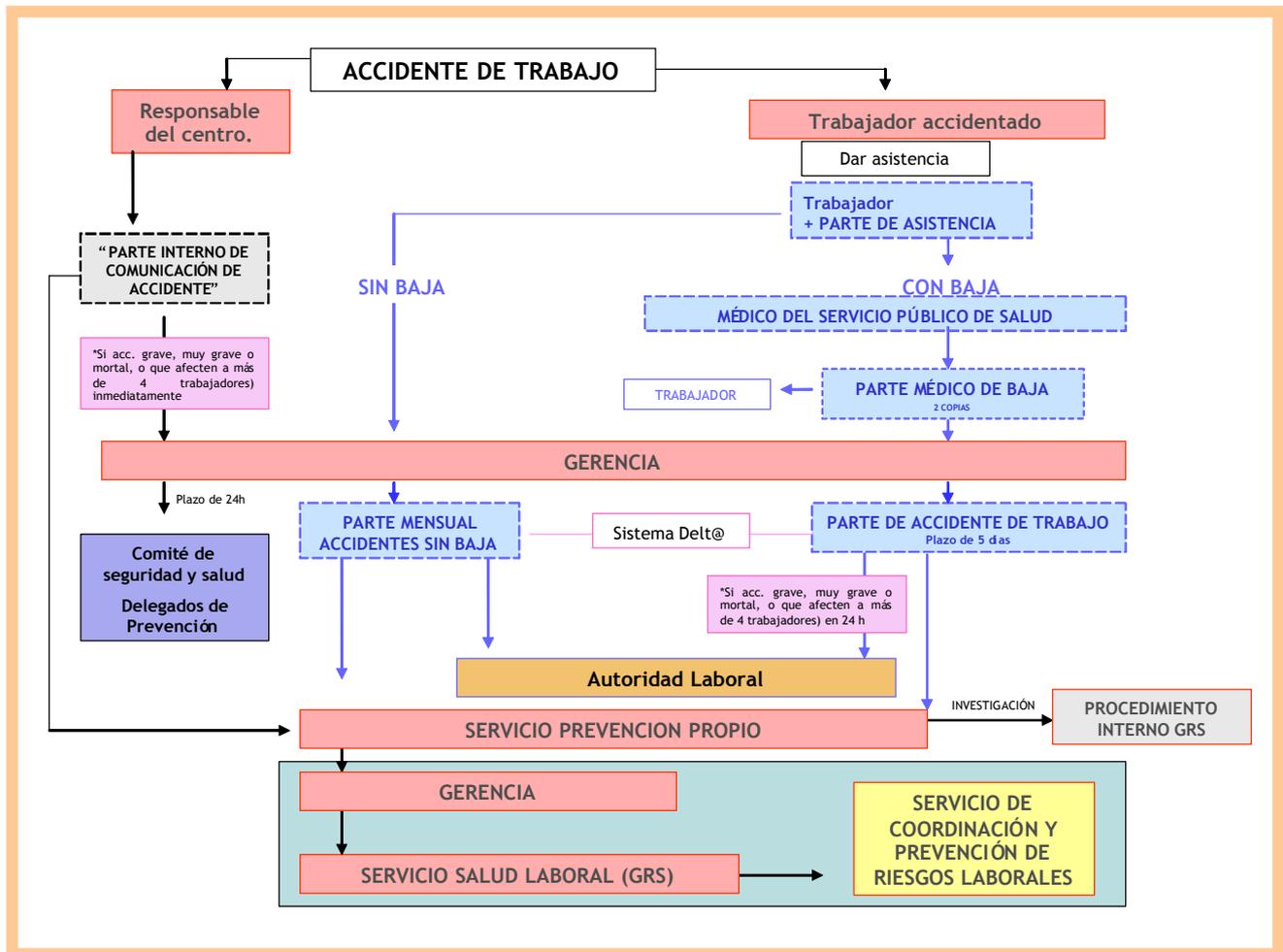
Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS ACOGIDOS AL RGSS





## ESQUEMA GENERAL DE ACTUACION PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN CENTROS DEPENDIENTES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

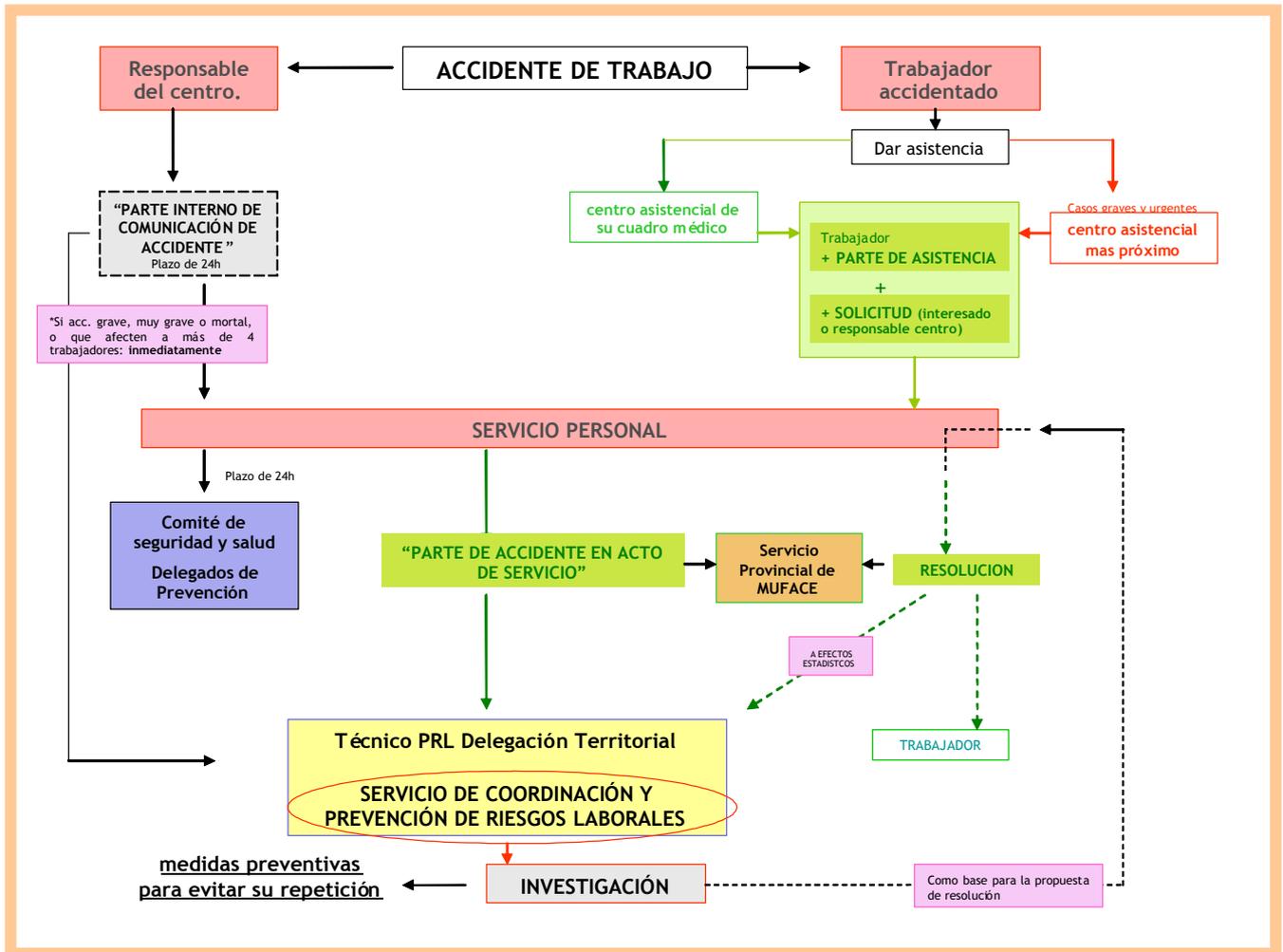




# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

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





# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO II:

## VOLANTE DE SOLICITUD DE ASISTENCIA



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General



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\_\_\_\_\_

II-5039 Primera vista médica

(Firma y Sello de la Empresa)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General



## FREMAP

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades  
Profesionales de la Seguridad Social Número 61

Empresa:	Número patronal:
Domicilio:	

**ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA**

Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	D. N. I.
Domicilio del trabajador:	Nº afiliación S. S.:

**QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS**

Hora:	Horas del día	Fecha del accidente:
Descripción del accidente		

Firma y sello de la Empresa

### NOTA

Este documento no equivale ni sustituye al parte de accidente aprobado por Orden Ministerial de 16/12/87 (B.O.E. de 29/12).

En el supuesto de producirse la baja laboral, la empresa dispone de 5 días hábiles para presentar el parte oficial en las Oficinas de Fremap.

La presentación de este documento en Servicios Médicos distintos de los de FREMAP no implica que la Mutua asuma el coste de la asistencia prestada.

CCO. 4028 11/2003



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## SOLICITUD DE ASISTENCIA POR ACCIDENTE DE TRABAJO



Empresa

N.º de Seguridad Social

Rogamos se preste asistencia médica al trabajador

Nombre y apellidos

N.º de Afiliación S. Social

que ha sufrido un accidente de trabajo

Día, Mes, Año

Hora

cuando realizaba las siguientes tareas

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por la Empresa  
(Firma y sello)



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## **ANEXO III:**

# **PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

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:
CENTRO:		Hora del día (1-24):
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 **numero de contacto:**\_\_\_\_\_

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

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

Cargo:  
Firmado:

Recibí en _____ a _____ de _____ de 200
Fdo: Cargo:



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO IV:

### PARTE MENSUAL ACCIDENTES SIN BAJA (SISTEMA DELT@)

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

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

MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

C.I.F. O D.N.I: \_\_\_\_\_ PLANTILLA: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CCC / I.N.A.F: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

RELACIÓN DE ACCIDENTADOS

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

(1) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como interfecto

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

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



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO V:

## PARTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO (SISTEMA DELT@)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones)

Accidente  Recaida

PAT

### 1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º ..... Apellido 2º ..... Nombre : ..... Sexo: Varón  Mujer

Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) ..... Fecha ingreso en la empresa ..... Fecha nacimiento ..... Nacionalidad (2) .....  
(día/mes/año) Española  Otra

Identificador Persona Física (IPF) (3) ..... Ocupación del trabajador: (4) ..... CNO-84 ..... Antigüedad puesto trabajo (5) ..... Tipo contrato (6) .....  
meses ..... días ..... años .....

Situación profesional (marque con una X la que corresponda):  
 Asalariado sector privado  Autónomo sin asalariados  
 Asalariado sector público  Autónomo con asalariados

Régimen Seguridad Social (7) ..... Convenio aplicable : ..... Epígrafe de AT y EP .....  
.....

Domicilio: ..... Teléfono: ..... Provincia: ..... Municipio: ..... Código Postal: .....

### 2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre o Razón Social: ..... CIF o NIF (8) ..... Código C. Colización en la que está el trabajador (9) .....  
.....

Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Colización (C.C.): ..... Provincia: .....  
.....

Municipio: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....  
.....

Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10) : ..... CNAE-83 ..... Plantilla correspondiente a esa C.C. (11) .....  
.....

Marque si actuaba en el momento del accidente como:  Contrata o subcontrata  Empresa de Trabajo Temporal

¿Cuál o cuáles de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :

<input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa	<input type="checkbox"/> Servicio de prevención propio	<input type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno
<input type="checkbox"/> Trabajador(es) designado(s)	<input type="checkbox"/> Servicio de prevención mancomunado	<input type="checkbox"/> Ninguna

### 3.- LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

LUGAR

Lugar del accidente:  En el centro o lugar de trabajo habitual  En otro centro o lugar de trabajo  En desplazamiento en su jornada laboral (\*)  Al ir o al volver del trabajo, "in itinere" (\*)  
(\*). En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:

País: ..... Provincia: ..... Municipio: .....  
Calle y número: ..... Vía pública y punto kilométrico: .....  
Otro lugar (especificar) : .....

#### CENTRO DE TRABAJO

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)

Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)

<input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata	→Cumplimentar CIF o NIF	.....
<input type="checkbox"/> Usuario de ETT	→Cumplimentar CIF o NIF	.....
<input type="checkbox"/> Otra	→Cumplimentar CIF o NIF	.....



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social: ..... Domicilio: ..... Provincia: .....  
 Municipio: ..... Código Postal: ..... Teléfono: .....  
 Plantilla actual del Centro (12) ..... Código Cuenta Cotización ..... Actividad económica principal del centro (13) : ..... CNAE-93 .....

## 4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) ..... Fecha de Baja Médica ..... Día de la semana del accidente ..... Hora del día del accidente ..... Hora de trabajo (14) ..... Era su trabajo habitual .....  
 (1 a 24) ..... (1ª, 2ª, etc.) .....  SI  NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15) : .....

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) : .....

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) : .....

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) : .....

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) : .....

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) : .....

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) : .....

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto/modalidad de la lesión) (22) : .....

Aparato o agente material causante de la lesión (23) : .....

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombres, domicilios y teléfonos (24) : .....

## 5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) : .....

Grado de la lesión (26): Leve  Grave  Muy grave  Fallecimiento  Parte del cuerpo lesionada (26) : .....

Médico que efectuó la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) : .....

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria  Ambulatoria

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento: .....

## 6.- ECONÓMICOS

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1) .....	B1.- por horas extras .....	Promedio diario .....
-Días cotizados (2) .....	B2.- por otros conceptos .....	-Base reguladora A .....
-Base reguladora A (3) .....	Total B1 + B2 .....	-Base reguladora B .....
	Promedio diario base B (5) .....	Total B.R. diaria (6) .....
		Cuantía del subsidio 75% (7) .....

Don/Doña: ..... en calidad de ..... de la empresa, expide el presente parte en ..... a ..... de ..... de 20 .. (firma y sello)	Entidad Gestora o Colaboradora n.º  Nº EXPEDIENTE	AUTORIDAD LABORAL (Sesado y fechado)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO VI:

### 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.)*



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## 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 \_\_\_\_\_ de 2008

Fdo:

**DIRIGIDA A : ORGANO DE PERSONAL**





# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

## ANEXO VII:

### PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General



<b>IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE</b>	<b>REGISTRO DE PRESENTACIÓN</b>
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	<b>REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE</b>

## 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)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

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 -



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

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)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Administración Autonómica  
Secretaría General

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:		
3.6.1	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)		
	Código	Descripción	
3.6.2	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)		
	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)