	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES INCIDENTES</p> <p align="center">INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO DEL AZUAY</p>
	<p>Revisión: 00</p>

1. OBJETO.

Asegurar una actuación correcta para reducir al máximo las consecuencias de los accidentes e incidentes que se produzcan, así como para que se adopten las medidas Necesarias a fin de que se impida la repetición de estos hechos, o para que se corrijan Las No Conformidades que se detecten dentro de la Infraestructura del Instituto.

2. ALCANCE.


Este procedimiento aplica a los accidentes e incidentes que se produzcan en cualquier área, departamento o Carrera Tecnológica que funcione dentro de las Instalaciones del ISTA, y a las no conformidades que se detecten, sin excepción.

3. FUNCIONES.

- El subcomité Paritario serán los responsables de controlar que en los lugares de trabajo se aplican las medidas preventivas dispuestas en los procedimientos elaborados por la Comisión de seguridad y salud ocupacional del Instituto Superior Tecnológico del Azuay.
- Se deberá recopilar los registros de accidentes y elaborar estadísticas de la siniestralidad. La dirección del Instituto deberá notificar los accidentes a la autoridad competente y asegurarse de que las medidas de corrección adoptadas se cumplen.
- El subcomité Paritario, además de efectuar la notificación oficial del accidente, deberá llevar el registro interno y el control estadístico de los mismos de forma anual.
- El coordinador de carrera, junto con 3 docentes miembros de la comisión de seguridad y salud ocupacional, designado por el subcomité paritario del ISTA realizaran la investigación de los accidentes e incidentes sucedidos en la zona y de enviar los resultados de la investigación al coordinador de la comisión de Seguridad y Salud Ocupacional (CSSO) quien registrara los resultados en el **Registro anual de accidentes e incidentes, Código: R-SSOAI01**, para presentarlos al CAS del Instituto.
- Todos los estudiantes involucrados y docentes de la carrera deberán colaborar y testificar en la investigación de accidentes cuando puedan aportar datos de interés sobre el suceso.

En cuanto a las no conformidades de Infraestructura, cualesquiera de los docentes del Instituto podrán detectar no conformidades para comunicar al Coordinador de la CSSO quien lo registrara en el **Formato De Inspección Y Detección De No Conformidades Dentro De Las Instalaciones Del Instituto Superior Tecnológico Del Azuay** de **Codigo: F-SSOIDNC**

UNIDAD DE SEGURIDAD Y
SALUD OCUPACIONAL

	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES INCIDENTES</p> <p align="center">INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO DEL AZUAY</p>
	<p>Revisión: 00</p>

4. DESARROLLO.

Cuando ocurre un accidente o incidente, el docente, tutor, o mando directo de la zona afectada es el encargado de actuar y dar las instrucciones oportunas para mantener la situación bajo control y evitar daños mayores. Cualquier tipo de accidente se deberá informar de lo ocurrido lo antes posible al Coordinador del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, o a su inmediato superior.

En caso de algún accidente grave, se debe aplicar los protocolos de emergencia, y comunicarse de inmediato con el servicio único de emergencia 911

La investigación de los accidentes e incidentes se efectuará inmediatamente después de haberse producido el mismo, una vez que se ha controlado la situación, y en un plazo no superior a 48 horas. Todos los docentes de la carrera donde se hayan producido los accidentes deberán estar informados sobre las medidas a adoptar como resultado de la investigación.

Los resultados de las investigaciones serán asimismo difundidos al CAS, docentes y personal del Instituto afectado por riesgos similares.

Para la investigación del accidente o incidente se utilizará el **Formulario Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo**, con Código F-SSOIIA, relleno de forma clara y detallada para evitar posteriores dudas o interpretaciones. Cada uno de los apartados del formulario será complementado por la persona o servicio indicados: Presidente subcomité paritario, coordinador de seguridad y salud ocupacional.

Las no conformidades en relación con las determinaciones marcadas por los procedimientos e instrucciones del sistema de prevención podrán ser detectadas por cualquiera de los docentes.


El subcomité Paritario deberá decidir la acción correctora que proceda y emitirá al CAS que designe al responsable de su implantación, así como hacer el seguimiento de la eficacia de la misma y su posterior cierre. Para quedar constancia de todo ello, rellena la parte correspondiente del formulario citado.

Otras acciones que es necesario llevar a cabo en relación con los accidentes son los Registros Internos de Accidentes.

4.1. REGISTRO INTERNO DE ACCIDENTES.

Anualmente se registrarán los accidentes con lesión ocurridos en una hoja de **Registro anual de accidentes e incidentes**, Código: R-SSOAI01 en la que se indicará:

- Nombre del accidentado.
- Periodo de baja (si ha existido).
- Fecha del accidente.

	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES INCIDENTES</p> <p align="center">INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO DEL AZUAY</p>
	<p>Revisión: 00</p>


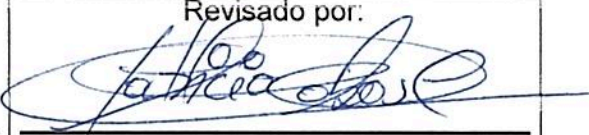
- Taller o laboratorio en el que ocurrió el accidente.
- Forma del accidente: suceso que directamente dio como resultado la lesión.
- Naturaleza de la lesión: tipo de lesión física producida.
- Ubicación de la lesión: Parte del cuerpo directamente afectada.
- Agente material: Objeto, sustancia o instalación que provocó el accidente.
- Condición peligrosa: Causa técnica del accidente.

5. CONTROL ESTADÍSTICO.

Se controlará la evolución de la siniestralidad, detectando si los cambios experimentados son debidos a una fluctuación aleatoria o a un nuevo factor que ha modificado las condiciones de seguridad. Para ello se calcularán los índices mensuales de frecuencia e incidencia para los accidentados con baja y para los accidentes totales (con y sin baja). Se representarán en función de cada mes del año.

6. NOTIFICACIÓN OFICIAL

Se llevará a cabo a través del sistema SUT, o sistema de declaración electrónica de trabajadores accidentados del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

<p align="center">Elaborado por:</p>  <p align="center">Ing. Martin Pintado Msc. Comisión de Seguridad y Salud Ocupacional</p>	<p align="center">Revisado por:</p>  <p align="center">Mgt. Patricia Cobos Presidente Sub comité paritario de Seguridad y Salud Ocupacional ISTA</p>
--	---

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO		CODIGO:	F-SSOIA
COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL - GESTION DE RIESGOS		REVISION:	0
		FECHA:	31/01/2019
		PAGINAS:	1 DE 2
ELABORO Coordinador de Seguridad y salud ocupacional - Gestion de riesgos		REVISOR Presidente Subcomite paritario ISTA	
		APROBO Presidente CAS	
INFORMACION DE LA INVESTIGACION			
Incidente		Accidente Leve	
Accidente Moderado		Accidente Grave	
Accidente Mortal			
FECHA EN QUE SE REALIZA LA INVESTIGACION:		HORA EN QUE SE REALIZO LA INVESTIGACION: DE: A:	
INFORMACION DEL ESTUDIANTE O TRABAJADOR QUE SE ACCIDENTO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE:	
TIPO DE IDENTIFICACION Cedula de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCION		TELÉFONO	
PROVINCIA		CANTON	
ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		OFICIO	
TIEMPO DE OCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE 0 AÑOS 0 MESES 0 DIAS			
FECHA DE INGRESO AL INSTITUTO		SALARIO	
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>			
INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE			
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)	
DIA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE			
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU TRABAJO HABITUAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
Días de incapacidad:			
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIAMENTE AL ACCIDENTE		TIPO DE ACCIDENTE (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"/>	
CAUSO LA MUERTE AL ASOCIADO?		FECHA DE LA MUERTE	
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DOM/MIAA	
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
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 CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)		TIPO DE LESION (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)	
<input type="checkbox"/> (1) BODEGAS <input type="checkbox"/> (2) AULA -TALLER <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS <input type="checkbox"/> (4) CORRIDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)		<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (25) TORSIÓN, ESQUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Induye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <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 QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR)	
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Induye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.40) MANOS <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS		<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Induye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	
		MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
		<input type="checkbox"/> (1) CAIDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAIDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PESADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)	



Instituto Tecnológico del Azuay

UNIDAD DE SEGURIDAD Y
SALUD OCUPACIONAL

COMISION DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL - GESTION DE RIESGOS		FECHA	31/01/2019			
FORMATO PARA LA INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO		PAGINAS	2 DE 2			
ELABORO	REVISO	APROBO				
Coordinador de Seguridad y Salud ocupacional - Gestion de riesgos	Presidente Subcomité paritario ISTA	Presidente CAS				
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE						
DIBUJO O REGISTRO FOTOGRAFICO						
RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES						
Análisis de CAUSA y EFECTO del Accidente:						
Nro.	¿Por qué?	Respuesta				
1						
2						
3						
4						
5						
Conclusión (Causa Raíz)						
CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BÁSICAS				
CONDICIÓN SUBESTÁNDAR	ACTOS SUBESTÁNDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES			
MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS						
PLANES DE ACCIÓN	TIPO DE CONTROL			FECHA EJECUCIÓN DD/MM/AA	FECHA VERIFICACIÓN DD/MM/AA	RESPONSABLE
	F	M	T			
ANEXOS						
1		4				
2		5				
3		6				
RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN						
NOMBRE	CARGO	CEDULA	FECHA	FIRMA		
OBSERVACIONES DEL COORDINADOR DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL						
NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN						
REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA:				FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		



**FORMATO DE INSPECCIÓN Y DETECCIÓN DE NO
CONFORMIDADES DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO DEL AZUAY**

Código: F-SSOIDNC

Revisión: 00

Máquina o equipo: _____ Código(1): _____

Área Funcional: _____

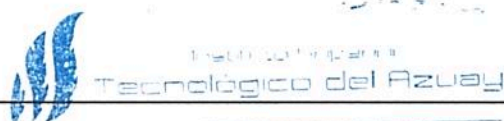
Taller / Laboratorio: _____ Responsable: _____

Partes Criticas (2)	Aspectos a Inspeccionar	Observaciones
1	a. b. c.	
2	a. b. c.	
3	a. b. c.	

Fecha revisión: _____ Responsable revisión: _____

Firma: _____

(1) Se hará constar el mismo Código de equipo o maquina



UNIDAD DE SEGURIDAD Y
SALUD OCUPACIONAL

