



Dirección General
de Aviación Civil

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES
LABORALES

Código: GATH-PR-001

Versión: 1.0

Página 1 de 23



**Dirección General
de Aviación Civil**

**PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA,
AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE
ACCIDENTES LABORALES**

43



FIRMAS DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

	Nombre/Cargo	Firma
Elaborado por:	Ps Ind. Freddy Vargas Jaramillo Analista de Recursos Humanos 2	
Revisado por:	Ing. Giannella Zevallos Boza Analista de Recursos Humanos 3	
	Mgs. María Gabriela Aguilar Espinosa. Directora de Recursos Humanos	
Aprobado por:	Mgs. Javier Ignacio Ajoy Jaramillo Coordinador General Administrativo Financiero	
		Fecha de aprobación: 29 OCT 2019

CONTROL E HISTORIAL DE CAMBIOS

Versión	Descripción de Cambio	Fecha
1.0	Elaboración de la primera versión del procedimiento de notificación interna, aviso, investigación y registro de accidentes laborales.	

DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

Documento	Responsable del uso	Entrega Versión Anterior
Físico y Digital Original	Dirección de Recursos Humanos	-
Digital Copia	Dirección de Planificación y Gestión de Calidad	-
Digital Copia	Direcciones Nacionales Dirección Regional I, II y III / Unidad de Recursos Humanos Dirección Escuela Técnica de Aviación Civil Dirección de Empresas Administradores Aeroportuarios Comité paritario y Sub Comités paritarios	-

 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
		Página 3 de 23

CONTENIDO

1. OBJETO 4

2. ALCANCE..... 4

3. NORMATIVA 4

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES..... 4

5. LINEAMIENTOS GENERALES 6

6. RESPONSABILIDADES..... 7

6.1 DE LAS DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS..... 7

6.2 DE LAS DIRECCIONES NACIONALES, REGIONALES I, II Y III, ETAC Y EMPRESAS..... 7

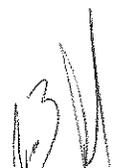
6.3 COMITÉ PARITARIO Y LOS SUBCOMITÉS PARITARIOS:..... 7

7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO..... 7

7.1. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES..... 8

7.2 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES 12

8. ANEXOS..... 13



 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
		Página 4 de 23

1. OBJETO

Delinear los pasos adecuados para establecer la metodología sistemática para la notificación interna, aviso, investigación y registro de accidente(s) laboral(es) que ocurran en la Dirección General de Aviación Civil (DGAC), optimizando el uso de los recursos disponibles en cumplimiento a la normativa legal vigente.

2. ALCANCE

El presente procedimiento aplica a el/los accidente(s) laboral(es) que ocurren en la Dirección General de Aviación Civil (DGAC).

Comienza con la notificación del/los accidente(s) en un plazo de 24 horas finalizando con el archivo en físico y magnético de los expedientes del/los accidentado(s).

3. NORMATIVA

- Constitución Política de la República del Ecuador, Art. 42.
- Decisión 584. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Código de Trabajo, Art. 38 y Art. 42 numeral 3
- Decreto Ejecutivo 2393. Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo.
- Ministerio de Relaciones Laborales. Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS. (04 de marzo del 2016). Resolución C.D. 513, Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo.
- Reglamento de Higiene y Seguridad DGAC.

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Accidente de Trabajo.- Es todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa, consecuencia o con ocasión del trabajo originado por la actividad laboral relacionada con el puesto de trabajo, que ocasione en el afiliado, lesión corporal o perturbación funcional, una incapacidad, o la muerte inmediata o posterior.

Accidentes que no se considerarán de trabajo.- Aquellos que sucedan bajo las siguientes consideraciones:

a) Cuando el afiliado se hallare en estado de embriaguez o bajo la acción de cualquier tóxico, droga o sustancia psicotrópica, a excepción de los casos producidos maliciosamente por terceros con fines dolosos, cuando el accidentado sea sujeto pasivo del siniestro, o cuando el



 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
		Página 5 de 23

tóxico provenga de la propia actividad que desempeña el afiliado y que sea la causa del accidente;

b) Cuando el afiliado intencionalmente, por sí, o valiéndose de terceros, causare el accidente;

c) Cuando el accidente es el resultado de una riña, juego o intento de suicidio; salvo el caso de que el accidentado sea sujeto pasivo en el juego o en la riña y que se encuentre en cumplimiento de sus actividades laborales;

d) Cuando el accidente fuere resultado de un delito por el que hubiere sentencia condenatoria contra el afiliado; y,

e) Cuando se debiere a circunstancias de caso fortuito o de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose como tal el que no guarde ninguna relación con el ejercicio de la actividad laboral.

Entrevista: Acto de comunicación oral o escrita que se establece entre dos o más personas con el fin de obtener información.

Elementos de protección personal (EPP): Se entenderá por elementos de protección personal, cualquier elemento destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Eventos Calificados como Accidentes de Trabajo:

a) El que se produjere en el lugar de trabajo, o fuera de él, con ocasión o como consecuencia del mismo, o por el desempeño de las actividades a las que se dedica el afiliado sin relación de dependencia o autónomo, conforme el registro que conste en el IESS;

b) El que ocurriere en la ejecución del trabajo a órdenes del empleador, en misión o comisión de servicio, fuera del propio lugar de trabajo, con ocasión o como consecuencia de las actividades encomendadas;

c) El que ocurriere por la acción de terceras personas o por acción del empleador o de otro trabajador durante la ejecución de las tareas y que tuviere relación con el trabajo;

d) El que sobreviniere durante las pausas o interrupciones de las labores, si el trabajador se hallare a orden o disposición del empleador; y,

e) El que ocurriere con ocasión o como consecuencia del desempeño de actividades gremiales o sindicales de organizaciones legalmente reconocidas o en formación.

f) El accidente "in itinere" o en tránsito, se aplicará cuando el recorrido se sujete a una relación cronológica de intermediación entre las horas de entrada y salida del trabajador. El trayecto no podrá ser interrumpido o modificado por motivos de interés personal, familiar o social.

En estos casos deberá comprobarse la circunstancia de haber ocurrido el accidente en el trayecto del domicilio al trabajo y viceversa, mediante la apreciación debidamente valorada de pruebas investigadas por el Seguro General de Riesgos del Trabajo.

13

 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
	Página 6 de 23	

g) En casos de accidentes causados por terceros, la concurrencia de culpabilidad civil o penal del empleador, no impide la calificación del hecho como accidente de trabajo, salvo que éste no guarde relación con las labores que desempeñaba el afiliado.

Medidas de Prevención: Acciones que se adoptan con el fin de controlar o disminuir los riesgos derivados del trabajo, dirigidas a proteger la salud de los funcionarios, contra aquellas condiciones de trabajo que generan daños que sean consecuencia, guarden relación o sobrevengan durante el cumplimiento de sus labores.

Protección Individual: Técnica para proteger a la persona de un riesgo específico procedente de su ocupación laboral.

Riesgo Laboral: Probabilidad de que la exposición a un factor de riesgo o peligro en el trabajo cause enfermedad o lesión.

Ropa de Protección: Elemento individual de un vestuario que ofrece al cuerpo una protección contra agentes externos.

Salud: Es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño y enfermedad.

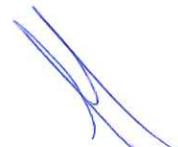
Servidores Públicos: Serán servidoras o servidores públicos todas las personas que en cualquier forma o a cualquier título trabajen, presten servicios o ejerzan un cargo, función o dignidad dentro del sector público.

Servidores: Sujetos bajo el régimen de Ley Orgánica de Servicio Público.

Trabajadores: Sujetos al régimen de Código del Trabajo.

5. LINEAMIENTOS GENERALES

- La notificación del/los accidente(s) deberá ser presentada en un plazo de 24 horas de ocurrido el accidente laboral, a través de la Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional.
- El servidor/trabajador que sufra el accidente laboral, los compañeros de trabajo y/o los familiares, proporcionarán información en el proceso de reporte e investigación del accidente.
- La Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional en un máximo de 10 (diez) días, contados a partir de la fecha del siniestro, registrará en la pág. del IESS la información del accidente, conforme el Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo, Resolución C.D. 513.



 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
		Página 7 de 23

6. RESPONSABILIDADES

6.1 DE LAS DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La **Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional** hará cumplir el presente procedimiento a través de las Unidades que conforman la Dirección General de Aviación Civil.

- Recibir la notificación del accidente, dentro de las 24 horas (Anexo 1).
- Llenar el formulario de aviso de accidente de trabajo del IESS (Anexo 2).
- Realizar la investigación del accidente e incidente.
- Comunicar con el denunciante, accidentado y/o familiar.
- Informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación (anexo 5).

6.2 DE LAS DIRECCIONES NACIONALES, REGIONALES I, II Y III, ETAC Y EMPRESAS

Los Directores Nacionales / Directores de Procesos Desconcentrados / Administrador de Aeroportuario y/o Responsables de Área/Unidades y/o Equipos de Trabajo de la DGAC: son los responsables de notificar el/los accidente(s) ocurrido(s) en sus respectivas áreas, así como también difundir y aplicar el presente procedimiento y participar en la investigación del/los accidente(s) que ocurran en el área de su competencia; y en la definición de recomendaciones que genere la investigación del/los accidente(s).

La aplicación de medidas correctivas y/o preventivas, derivadas de la investigación del/los accidente(s) y que han sido acordadas con el Responsable del Área/Unidad del/los accidentado(s), serán de cumplimiento obligatorio para los servidores/trabajadores de la DGAC involucrados.

6.3 COMITÉ PARITARIO Y LOS SUBCOMITÉS PARITARIOS:

Analizar los accidentes de trabajo ocurridos y propondrá medidas de corrección y prevención de riesgos laborales en las reuniones ordinarias y extraordinarias.

7. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001 Versión: 1.0 Página 8 de 23

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DETALLE	REGISTRO
1	Direcciones Nacionales / Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS / Servidores/Trabajadores/ Familiar	Notificar el accidente	<p>La notificación del accidente será en un plazo máximo de 24 horas por parte del servidor/trabajador afectado o testigos de manera verbal (vía telefónica, presencial), escrita o cualquier medio digital.</p> <p>La Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional y/o responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS realiza la entrevista al servidor/trabajador afectado o der el caso familiar para llenar el Formato de Notificación Interna de Accidente Laboral (Anexo 1) y el Formulario de Aviso de Accidente (anexo 2).</p> <p>La Trabajadora Social y/o responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS direccionarán al servidor/trabajador afectado o familiar para la entrega de documentos que certifican la ausencia a laborar del paciente.</p>	1.1 Formato de Notificación Interna de Accidente Laboral (Anexo 1). 1.2 Formulario de Aviso de Accidente - IESS (Anexo 2).

 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001 Versión: 1.0 Página 9 de 23

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DETALLE	REGISTRO
2	Dirección de Recursos Humanos / Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional / Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS.	Registrar el accidente en la Sistema del IESS	<p>Una vez recolectada los documentos (notificación interna, certificado médico y formulario de aviso de accidente - IESS (anexo 2)) en el término máximo de 10 días la Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional registra el accidente en la pág. del IESS.</p> <p>Los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS enviarán en máximo 24 horas, mediante el sistema documental (Quipux) todos los documentos (notificación interna, certificado médico y formulario de aviso de accidente - IESS (anexo 2)). Para que en el término máximo de 10 días la Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional (Matriz) registra el accidente en la pág. del IESS.</p> <p>El sistema del IESS genera una cita médica al servidor/trabajador afectado para la valoración correspondiente.</p> <p>En el caso que el sistema del IESS no genere la cita médica la Trabajadora Social y/o los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS se acercará a la Dirección o Unidad de Seguro General de Riesgos del Trabajo de su jurisdicción respectiva para obtener la cita.</p>	2.1 Formulario de accidente de trabajo - (Sistema IESS)

13

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
 Dirección General de Aviación Civil	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES
	Código: GATH-PR-001
	Versión: 1.0
	Página 10 de 23

REGISTRO		DETALLE	
Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO
3	Dirección de Recursos Humanos / Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional.	Elaborar informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación	<p>La Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional. Procede a realizar el informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación (anexo 5).</p> <p>3.1 Informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación. (Anexo5)</p>
4	Dirección de Recursos Humanos / Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud ocupacional/Trabajadora Social	Informar cita médica	<p>La Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional y/o los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS realizarán un memorando (QUIPUX) dirigido al servidor/trabajador afectado y a la Trabajadora Social o responsable de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS con copia a la Dirección de Recursos Humanos, Director y/o Jefe Inmediato del servidor/trabajador afectado, señalando fecha y hora para la cita médica en la Dirección o Unidad de Seguro General de Riesgos del Trabajo, adjuntando el aviso de accidente generado en el sistema del IESS.</p> <p>Se procede a entregar Informe de Investigación del Accidente y Procedimiento de la Investigación (anexo 5) del servidor/trabajador afectado a la Trabajadora Social o responsable de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS</p> <p>4.1 Formulario de accidente de trabajo – (Sistema IEES)</p> <p>4.2 Informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación. (Anexo5)</p> <p>4.3 Memorando (QUIPUX)</p>

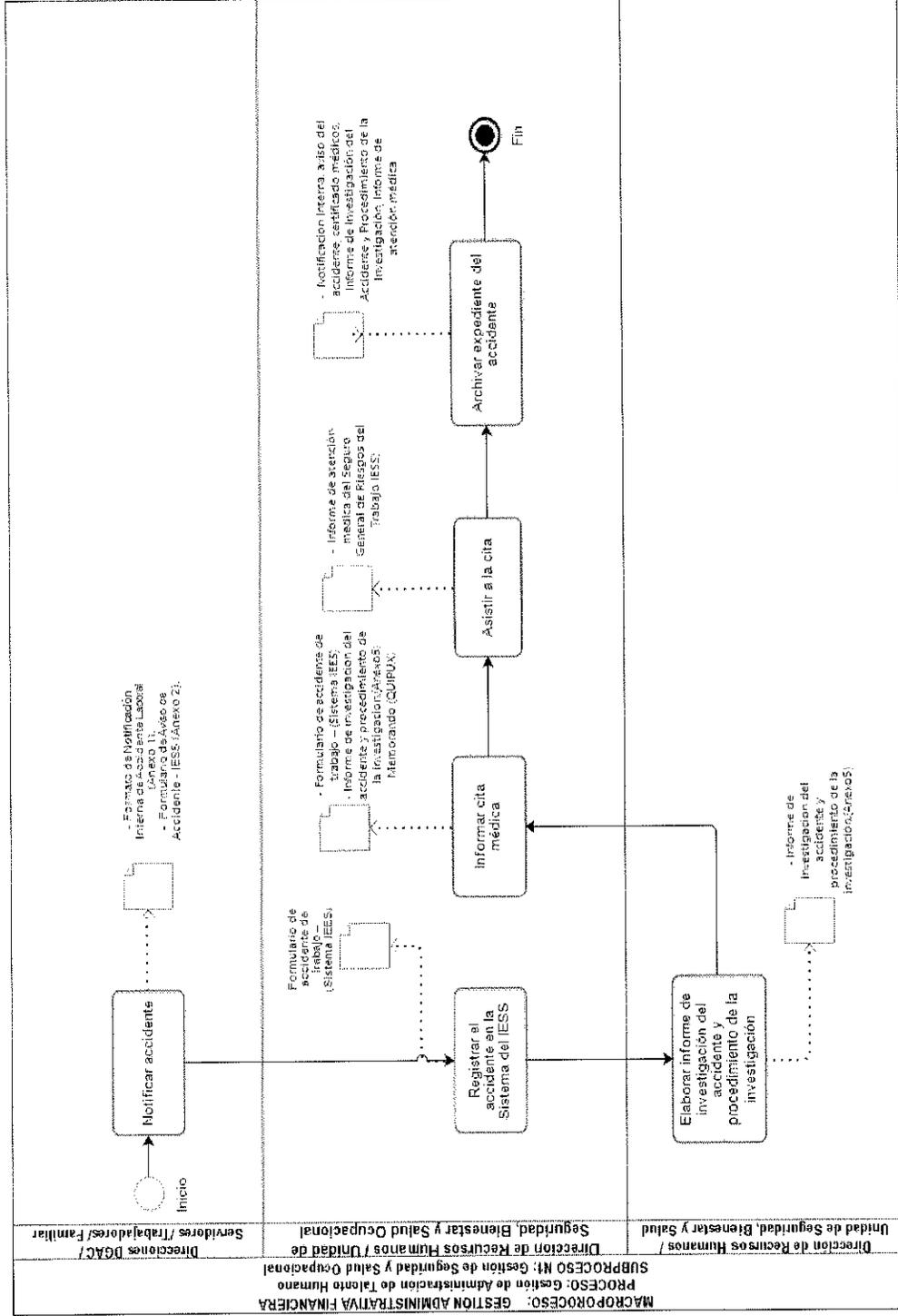
 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001 Versión: 1.0 Página 11 de 23

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DETALLE	REGISTRO
5	Dirección de Recursos Humanos / Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional/Trabajadora Social y/o los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS.	Asistir a la cita	La Trabajadora Social o responsable de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS acompaña al afectado hasta la Dirección o Unidad de Seguro General de Riesgos del Trabajo IESS, para valoración con el médico ocupacional.	5.1 Informe de atención médica del Seguro General de Riesgos del Trabajo IESS)
6	Dirección de Recursos Humanos / Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional/Trabajadora Social y/o los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS.	Archivar expediente del accidente	La Unidad de Seguridad, Bienestar y Salud Ocupacional y/o los responsables de las Regionales I, II, III, ETAC y EMPRESAS proceden con el archivo de todos los documentos de respaldo (Notificación interna, aviso del accidente, certificado médicos, Informe de Investigación del Accidente y Procedimiento de la Investigación, fotografías Informe de atención médica del Seguro General de Riesgos del Trabajo IESS), y toda documentación relacionada con el accidente	6.1 Notificación interna, aviso del accidente, certificado médicos, Informe de Investigación del Accidente y Procedimiento de la Investigación, Informe de atención médica del Seguro de Riesgos del Trabajo IESS.

13

 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	
	Código: GATH-PR-001	
	Versión: 1.0	Página 12 de 23

7.2 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES



 Dirección General de Aviación Civil	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	Código: GATH-PR-001
		Versión: 1.0
		Página 13 de 23

8. ANEXOS

ANEXO 1. Formato de Notificación Interna de Accidente Laboral.

ANEXO 2. Formato de Aviso de Accidente de Trabajo - IESS.

ANEXO 3. Instructivo para Llenar el Formulario de Accidente de Trabajo – IESS.

ANEXO 4. Formato de Investigación de Incidente(s)/Accidente(s) Laboral(es).

ANEXO 5. Informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación.

ANEXO 6. Matriz de Registro de Accidente(s) Laboral(es).



ANEXO 1. Formato de Notificación Interna de Accidente Laboral

	DIRECCION GENERAL DEL AVIACIÓN CIVIL	VERSIÓN: 1
	DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	CÓDIGO: DGAC-SSO-FOR-00
	UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	PAGINA: 1 DE 1
NOTIFICACIÓN INTERNA DE INCIDENTE Y/O ACCIDENTE		
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN/ÁREA/UNIDAD:		ACTIVIDAD:
RESPONSABLE DEL SERVICIO/ÁREA/UNIDAD:		
TRABAJADOR AFECTADO		
CON LESIÓN:		SIN LESIÓN:
NOMBRE Y APELLIDO:		
CARGO O PUESTO DE TRABAJO:		
DATOS DEL INCIDENTE Y/O ACCIDENTE		
FECHA ACCIDENTE/INCIDENTE:		HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE:
LUGAR DEL ACCIDENTE:		
DESCRIPCIÓN BREVE DE LO OCURRIDO:		
CONSECUENCIA (LESIÓN O MUERTE):		
POSIBLES CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE/INCIDENTE:		
DAÑOS MATERIALES IDENTIFICADOS:		
TESTIGOS DEL ACCIDENTE:		
FIRMA:		FIRMA:
CARGO:		CARGO:
ENTREGA		RECIBE



ANEXO 2 (Pág. 1). Formato de Aviso de Accidente de Trabajo - IESS.

	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO	EXPEDIENTE No.
	SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO		1230-

I. DATOS GENERALES

1. Identificación General de la Empresa

Razón Social (r): _____ RUC (r): _____
 Actividad Económica Principal (r): _____ No. Patronal: _____
 Dirección (r): _____ Referencia (r): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (r): _____ Ciudad (r): _____ Sector (r): _____
 Teléfono 1 (r): _____ Teléfono 2 (r): _____ Fax (r): _____ Email (r): _____
 Nombre del Representante Legal (r): _____ No. Trabajadores (r): Administrativos: _____ Operarios: _____
 Número de sucursales que posee: _____

2. Identificación de la persona accidentada

Apellidos (r): _____ Nombres (r): _____
 Cédula/Doc. Identificación (r): _____ Fecha de Nacimiento (r): _____ (dd/mm/aaaa) Edad (r): _____ Género: O M O F
 Estado Civil (r): Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre ¿Pertenece al grupo vulnerable? (r): Sí No
 Dirección (r): _____ Referencia (r): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (r): _____ Ciudad (r): _____ Sector (r): _____
 Teléfono 1 (r): _____ Teléfono 2 (r): _____
 Escolaridad (r): Ninguna Elemental Básica Superior Cuarto Nivel Profesión (r): _____ Horario Regular de Trabajo (r): _____
 Bachillerato Superior Cuarto Nivel Ocupación (r): _____ Dir. (M/N/D) A. (M/N/D) B. (M/N/D)
 Tiempo en el puesto de trabajo (r): 0-6 meses 7-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11-15 años más de 15 años

II. DETALLES DEL ACCIDENTE

3. Información del accidente

Día de la Semana (r): _____ Fecha del Accidente (r): _____ (dd/mm/aaaa) Hora (r): _____ (hh:mm)
 Lugar del Accidente (r): En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En comisión de servicios
 En desplazamiento en su jornada laboral Al ir o volver del trabajo itinere
 Dirección (r): _____ Referencia (r): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
 Provincia (r): _____ Ciudad (r): _____ Sector (r): _____

4. Descripción y circunstancias del accidente

Describir que hacía el trabajador y cómo se lesionó (r): (Describe la actividad que se realizaba al momento del accidente, los herramientas, equipos y/o materiales que utilizaba)

¿Era su trabajo habitual? (r): Sí No

¿Ha sido accidente de tránsito? (r): Sí No

Partes lesionadas del cuerpo (r): _____

Persona que lo atendió inmediatamente (r): _____

El accidentado fue trasladado a (r): _____

5. Información de testigos

Testigo 1
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Dirección Domiciliaria: _____ Teléfono: _____

Testigo 2
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Dirección Domiciliaria: _____ Teléfono: _____

III. CERTIFICACIONES

Firma y Sello del Patrono
 Nombre: _____

Firma del Denunciante
 Nombre: _____ No. Cédula: _____

ZONA DE USO EXCLUSIVO DEL IESS

Lugar y Fecha de Recepción: _____

Firma y sello del funcionario



ANEXO 2 (Pág. 2) Formato de Aviso de Accidente de Trabajo - IESS.

IV. INFORME MEDICO INICIAL

6. Datos que debe llenar el médico que atendió al accidentado

(En caso de no poder llenar esta sección, debe presentarse el certificado y/o informes médicos originales, sellados y firmados por el médico o datos de salud donde fue atendido el accidentado)

Form fields for medical report including: Lugar de atención, Fecha de atención, Presenta síntomas de (Intoxicación por alcohol, Intoxicación por otras drogas), Otros datos (Hubo niña, Hay sospecha de simulación), Descripción de lesiones, Unidad médica que informa, Fecha que emite el informe, Nombre del Facultativo, No. Cédula, No. Código médico.

Firma y Sello

V. INFORME DE MEDICINA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

Naturaleza de la lesión:

- 10. Fracturas, 11. Luxaciones, 12. Torceduras y Esguinces, 13. Contusiones y Traumatismos Internos, 14. Amputaciones y Enucleaciones, 15. Otras Heridas, 16. Traumatismos Superficiales, 17. Contusiones y Aplastamientos, 18. Quemaduras, 19. Envenenamientos agudos e intoxicaciones, 20. Efectos del tiempo de la exposición al frío, a los elementos y de otras sustancias nocivas, 21. Actos, 22. Efectos de la Electricidad, 23. Efectos de las Radiaciones, 24. Heridas, 25. Lesiones Múltiples

Parte del cuerpo afectada:

Grid for body parts affected: 1. CABEZA (1.1. Región craneal, 1.2. Ojo, 1.3. Oreja, 1.4. Boca, 1.5. Nariz, 1.6. Codo), 2. MIEMBRO SUPERIOR (2.1. Hombro, 2.2. Espalda, 2.3. Abdomen, 2.4. Pelvis), 3. MIEMBRO INFERIOR (3.1. Cadera, 3.2. Muslo, 3.3. Rodilla, 3.4. Pierna, 3.5. Tobillo, 3.6. Pie, 3.7. Dedos)

- 6. UBICACIONES MÚLTIPLES, 7. LESIONES GENERALES

Las lesiones descritas provocan: Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente, Se evaluará al alta. Trámite a seguir: Subsido, CVI, Archivo

Las lesiones que presenta el afiliado... tienen relación directa con el accidente. Las lesiones que presenta el accidentado... lo incapacitan para ejecutar su trabajo. El accidentado tenía los defectos físicos o funcionales... que a continuación se indican, antes de ocurrir el accidente:

Observaciones:

Lugar y Fecha de valoración, Nombre del Médico del SGRT, No. Cédula, Firma y sello

NOTA: Los campos especificados con (*) deben llenarse de forma obligatoria.



ANEXO 3 (Pág. 1) Instructivo para Llenar el Formulario de Accidente de Trabajo - IESS

INSTRUCTIVO PARA FORMULARIO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DATOS GENERALES:

1. **Identificación General de la Empresa:** Se debe ingresar la siguiente información de la empresa.

- **Razón Social:** Ingresar la Razón Social de la empresa en la que trabaja el accidentado. Este nombre consta en el RUC.
- **RUC:** Ingresar el número de identificación del contribuyente de la empresa en la que trabaja el accidentado. Este número es otorgado por el Servicio de Rentas Internas y consta de trece (13) dígitos.
- **Actividad Económica Principal:** Ingresar la actividad económica principal de la empresa, es decir la actividad a la que se dedican la mayor parte de los trabajadores. La actividad económica debe describirse tal como indica el RUC en el campo correspondiente.
- **No. Patronal:** Ingresar el número patronal en el caso que posea. Este campo no es obligatorio.
- **Dirección:** Ingresar la dirección de domicilio de la empresa empezando por la calle principal en la que se encuentra, el número del predio y la calle secundaria.
- **Referencia:** Ingresar una referencia conocida para que sea fácilmente localizada la dirección de la empresa.
- **Provincia:** Ingresar la provincia en donde radica la empresa.
- **Ciudad:** Ingresar la ciudad en donde se encuentra la empresa.
- **Sector:** Ingresar el sector en donde se encuentra la empresa.
- **Teléfono 1:** Ingresar el número telefónico de la empresa.
- **Teléfono 2:** Ingresar un número telefónico alternativo de la empresa, si lo tiene. Este campo no es obligatorio.
- **Fax:** Ingresar el número de fax de la empresa si lo tiene. Este campo no es obligatorio.
- **Email:** Ingresar la dirección de correo electrónico de la empresa si lo tiene. Este campo no es obligatorio.
- **Nombre del representante Legal:** Ingresar los nombres completos del representante legal de la empresa.
- **No. Trabajadores:** Ingresar el número de trabajadores que tiene la empresa divididos entre administrativos y operativos.
- **Número de sucursales que posee:** Ingresar el número de sucursales que tiene la empresa si las tiene. Este campo no es obligatorio.

2. **Identificación de la persona accidentada:** Se debe ingresar la siguiente información del accidentado.

- **Apellidos:** Ingresar los apellidos completos del accidentado.
- **Nombres:** Ingresar los nombres completos del accidentado.
- **Cédula/Doc. Identificación:** Ingresar el número de cédula de identidad o documento de identificación que registra en el IESS. Este número consta de diez (10) dígitos.
- **Edad:** Ingresar la edad en número de años que tiene el accidentado.
- **Género:** Seleccionar el género del accidentado. Si es masculino seleccionar M. Si es femenino seleccionar F.
- **Estado civil:** Seleccionar el estado civil que tiene el accidentado.
- **¿Pertenece al grupo vulnerable?:** Indicar si el trabajador accidentado tiene una capacidad diferente que le limita física, intelectual o sensorialmente para realizar sus actividades; si tiene esta en el rango edades extremas (menor de 18 años o mayor de 65 años) o en caso de mujeres, si se encuentra embarazada.
- **Dirección:** Ingresar la dirección de domicilio del accidentado empezando por la calle principal en la que se encuentra, el número del predio y la calle secundaria.
- **Referencia:** Ingresar una referencia conocida para que sea fácilmente localizada la dirección del accidentado.
- **Provincia:** Ingresar la provincia en donde reside el accidentado.
- **Ciudad:** Ingresar la ciudad en donde reside el accidentado.
- **Sector:** Ingresar el sector en donde reside el accidentado.
- **Teléfono 1:** Ingresar el número telefónico del accidentado. Puede ser convencional o celular. En caso de no poseer ninguno debe registrar un número telefónico en donde pueda recibir mensajes.
- **Teléfono 2:** Ingresar un número telefónico alternativo, si lo tiene. Este campo no es obligatorio.
- **Escolaridad:** Seleccionar el nivel de escolaridad que tiene el accidentado.
- **Profesión:** Ingresar la profesión que tiene el accidentado.
- **Ocupación:** Ingresar la ocupación que tiene el accidentado.
- **Horario Regular:** Ingresar el horario regular o fijo de trabajo del accidentado en formato 24 horas. Ejemplo: 14-23
- **Tiempo en el puesto de trabajo:** Seleccionar el tiempo que tiene el accidentado desempeñando el trabajo hasta el momento en el que ocurrió el accidente.

DETALLES DEL ACCIDENTE:

3. **Información del accidente:** Ingresar información del accidentado.

- **Día de la Semana:** Ingresar el nombre del día de la semana en el que ocurrió el accidente. Ejemplo: Lunes, martes,...
- **Fecha del Accidente:** Ingresar la fecha en la que ocurrió el accidente en formato dd/mm/aaaa. Ejemplo: 07/11/2010.
- **Hora:** Ingresar la hora en la que ocurrió el accidente en formato 24 horas. Ejemplo: 14:35

1311



ANEXO 3 (Pág. 2) Instructivo para Llenar el Formulario de Accidente de Trabajo - IESS

- **Lugar del Accidente:** *Seleccionar el lugar en donde ocurrió el accidente:*
 - ✓ En el centro o lugar de trabajo habitual: *Si el accidente ocurrió dentro de la empresa o en el entorno habitual de trabajo.*
 - ✓ En otro centro o lugar de trabajo: *Fuera de la empresa en otro entorno de trabajo.*
 - ✓ En comisión de servicios: *Si se encontraba fuera de la empresa en comisión de servicios certificada.*
 - ✓ En desplazamiento en su jornada laboral: *Si se encontraba desplazándose fuera de la empresa en misión de servicios dentro del horario laboral habitual.*
 - ✓ Al ir o volver del trabajo in itinere: *Si se encontraba en camino desde su domicilio al lugar de trabajo habitual o desplazándose del lugar de trabajo a su domicilio.*
- **¿Ha sido accidente de tránsito?:** *Seleccionar si fue o no un accidente de tránsito.*
- **Dirección:** *Ingresar la dirección del lugar del accidente empezando por la calle principal en la que ocurrió, el número, si tiene, y la calle secundaria.*
- **Referencia:** *Ingresar una referencia conocida para que sea fácilmente localizado el lugar del accidente.*
- **Provincia:** *Ingresar la provincia en donde ocurrió el accidente.*
- **Ciudad:** *Ingresar la ciudad en donde ocurrió el accidente.*
- **Sector:** *Ingresar el sector en donde ocurrió el accidente.*

4. Descripción y circunstancias del accidente:

- **Ingresar la descripción de la actividad que realizaba al momento del accidente** *indicando que herramientas, equipos o materiales que usaba, de ser el caso. Esta descripción debe hacerse de manera secuencial indicando el lugar donde estaba el trabajador accidentado, qué estaba haciendo, cómo se produjo el accidente, objetos materiales asociados a cada fase del accidente y cuáles fueron las consecuencias del mismo.*
- **¿Era su trabajo habitual?:** *Seleccionar si la actividad que estaba realizando es parte del trabajo habitual o no.*
- **Partes lesionadas del cuerpo:** *Describir de manera general las partes del cuerpo más afectadas como consecuencia del accidente.*
- **Persona que lo atendió inmediatamente:** *Registrar el nombre de la persona que socorrió al accidentado como primer auxilio.*
- **El accidentado fue trasladado a:** *Registrar el lugar de asistencia médica al que fue trasladado el trabajador accidentado luego del suceso.*

5. Información de Testigos:

- *Ingresar los datos solicitados que permitan ponerse en contacto con los testigos del accidente.*

CERTIFICACIONES:

Firma y sello del patrono: *Debe contener una firma original autorizada y el sello del lugar de trabajo.*

Firma del denunciante: *En caso de que la empresa no sea la que presenta el aviso registrar el nombre, número de cédula y firma de la persona que realiza la denuncia de accidente de trabajo.*

INFORME MEDICO INICIAL:

7. Datos que debe llenar el médico que atendió al accidentado:

- **Lugar de atención:** *Registrar el nombre del lugar en el que fue atendido el trabajador accidentado.*
- **Fecha de atención:** *Ingresar la fecha en la que fue atendido el trabajador accidentado en formato día/mes/año. Ejemplo: 19/11/2016*
- **Hora:** *Registrar la hora en la que fue atendido el trabajador accidentado.*
- **Presenta síntomas de:** *Seleccionar el cuadro correspondiente si al momento del accidente, el trabajador accidentado, presenta los signos y síntomas que se indican.*
- **Otros datos:** *Seleccionar otros cuadros si el trabajador accidentado presenta las circunstancias que se indican.*
- **Descripción de lesiones:** *Registrar de forma detallada las lesiones que presentó el trabajador accidentado en el momento de la atención.*
- **Unidad Médica que informa:** *Registrar el nombre de la unidad médica que realiza este informe.*
- **Fecha que emite el informe:** *Registrar la fecha en la que se realiza este informe.*
- **Nombre del facultativo:** *Registrar el nombre del médico que realiza este informe.*
- **No. Cédula:** *Registrar el número de cédula del facultativo.*
- **No código médico:** *Registrar el código médico del facultativo que realiza este informe.*



ANEXO 4 (Pág. 1). Formato de Investigación de Incidente(s)/Accidente(s) Laboral(es)

		DIRECCIÓN GENERAL DE AVIACIÓN CIVIL		VERSIÓN: 1 / FECHA DE VERSIÓN: 18/04/2016	
		DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		CÓDIGO: DGAC-SSO-FOR-001	
		UNIDAD DE SEGURIDAD, BIENESTAR Y SALUD OCUPACIONAL		PÁGINA: 1 DE 2	
FORMATO INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES					
INFORMACIÓN GENERAL	1. LUGAR		2. DEPARTAMENTO/ÁREA/SERVICIO:		
	3. UBICACIÓN EXACTA DEL INCIDENTE:		4. FECHA DEL ACCIDENTE (dd/mm/aa):	5. FECHA DEL REPORTE: (dd/mm/aa):	
	6. HORA (hh:mm):		7. NOMBRE DEL LESIONADO: CEDULA DE IDENTIDAD: EDAD:		
	8. CARGO:		9. INFORMACIÓN ACERCA DE LA EXPERIENCIA		
	10. (días) (días), TIPO DE LESIÓN/ENFERMEDAD:		9.a TIEMPO TRABAJANDO PARA LA INSTITUCIÓN ACTUAL:		
	11. OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA QUE CAUSÓ LA LESIÓN:		9.b TIEMPO DE EXPERIENCIA REALIZANDO LA ACTIVIDAD ACTUAL:		
	12. PARTE DEL CUERPO AFECTADA:		9.c HORARIO DE TRABAJO REGULAR:		
	13. DÍAS PERDIDOS: HORAS PERDIDAS ESTIMADAS:		14. PROPIEDAD AFECTADA:		
			15. TIPO DE DAÑO:		
			16. COSTO ESTIMADO (US\$):		
		17. OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA QUE CAUSÓ EL DAÑO:			
		18. OTRA PÉRDIDA REAL: COSTO ESTIMADO (US\$):			
		19. OTRA PÉRDIDA POTENCIAL: COSTO ESTIMADO (US\$):			
		20. OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA QUE CAUSÓ LA PÉRDIDA AMBIENTAL U OTRA PÉRDIDA:			
		21. PERSONA EN CONTROL DE LA ACTIVIDAD:			
		22. SUPERVISOR INMEDIATO: SUPERVISOR INMEDIATO CONTRATISTA:			
RIESGO	23. CLASIFICACIÓN: () SIGNIFICATIVO () IMPORTANTE () MENOR				
	24. GRAVEDAD DEPENDIDA: () SEVERO () MODERADO () LEVE				
	25. PROBABILIDAD DE REPETICIÓN: () ALTA () MEDIA () BAJA				
DESCRIPCIÓN	26. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/ACCIDENTE (En la siguiente página, sección 35 encontrará algunas guías para establecer el tipo de contacto). Si requiere más espacio para la descripción, use una hoja adicional.				
ANÁLISIS DE CAUSAS	27. CAUSAS INMEDIATAS: ¿QUE CONDICIONES O ACCIONES SUBESTÁNDARES CAUSARON O PUDIERON CAUSAR EL EVENTO? (En la siguiente página, sección 27A encontrará algunas guías para establecer las causas inmediatas).				
28. CAUSAS BÁSICAS: ¿QUE FACTORES PERSONALES O DEL TRABAJO CAUSARON O PUDIERON CAUSAR EL EVENTO? (En la siguiente página, sección 28A encontrará algunas guías para establecer las causas básicas).					
29. ACCIONES PREVENTIVAS/CORRECTIVAS: ¿QUE DEBIÓ HACERSE O DEBERÁ HACERSE PARA CONTROLAR LAS CAUSAS BÁSICAS?					
PLAN DE ACCIÓN	30. NOMBRE CARGO Y FIRMA DEL INVESTIGADOR:		31. FECHA:		
	32. REVISADO POR NOMBRE Y FIRMA:		33. FECHA:		

13M

ANEXO 4 (Pág. 1). Formato de Investigación de Incidente(s)/Accidente(s) Laboral(es)

	DIRECCIÓN GENERAL DE AVIACIÓN CIVIL	VERSIÓN: 1
	DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	CÓDIGO: DGAC-SSO-FDR-001
	UNIDAD SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	PÁGINA: 2 DE 2

CAUSAS/TIPO DE CONTACTO	<p>27A. CODIFICACIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS: Marque todas las que ap CONDICIONES SUBESTANDARES</p> <p>ACCIONES SUBESTANDARES</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Operar equipossin autorización</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No señalar o advertir</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Falla en bloquear, aislar, asegurar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Manejar/Operar a velocidad inadecuada</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Poner fuera de servicio dispositivos de seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Retirar dispositivos de seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Usar equipo defectuoso</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Usar los equipos de manera incorrecta</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Emplear en forma inadecuada o no usar el equipo protección personal</p> <p><input type="checkbox"/> 10 (diez) (diez). Cargar de manera incorrecta</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Almacenar de manera incorrecta</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Levantar objetos en forma incorrecta</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Adoptar posición inadecuada para la tarea</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Realizar mantenimiento del equipo mientras está en funcionamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Payasear-bromear</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Falla en seguir/cumplir los procedimientos/estándares</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Trabajar bajo la influencia de alcohol o drogas</p>	<p><input type="checkbox"/> 18. Protecciones o resguardos inadecuados</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Equipo de protección personal EPP inadecuado o insuficientes</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Materiales, equipos o herramientas defectuosas</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Congestión o acción restringida</p> <p><input type="checkbox"/> 22. Sistemas de prevención o de advertencia inadecuados</p> <p><input type="checkbox"/> 23. Riesgos de incendio o explosión</p> <p><input type="checkbox"/> 24. Orden y limpieza deficientes en el lugar de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> 25. Condiciones ambientales peligrosas: gases, polvos, humos, vapores</p> <p><input type="checkbox"/> 26. Exposiciones a ruido</p> <p><input type="checkbox"/> 27. Exposiciones a radiaciones</p> <p><input type="checkbox"/> 28. Exposiciones a temperaturas altas o bajas</p> <p><input type="checkbox"/> 29. Iluminación excesiva o deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> 30. Ventilación insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> 31. Otra (Especifique):</p>
	<p>28A. CODIFICACIÓN CAUSAS BÁSICAS. Marque todas las que apliquen</p> <p>FACTORES PERSONALES</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Capacidad física/fisiológica inadecuada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Capacidad mental/psicológica inadecuada</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Estrés físico o fisiológico</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Estrés mental o psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Falta de conocimiento</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Falta de habilidad</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Motivación deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Exceso de confianza</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Otro (Especifique):</p> <p>FACTORES DEL TRABAJO</p> <p><input type="checkbox"/> 10 (diez) (diez). Supervisión y liderazgo deficientes</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Ingeniería inadecuada</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Deficiencias en las adquisiciones</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Mantenimiento deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Equipos o herramientas inadecuados</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Estándares de trabajo ineficientes</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Uso y desgaste</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Abuso o maltrato</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Otro (Especifique):</p>	<p>34. CODIFICACIÓN TIPO DE CONTACTO. Marque todas las que apliquen</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Golpeado contra</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Golpeado por</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Atrapado en, cogido en, agarrado</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Atrapado por</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Atrapado entre, aplastado</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Caída al mismo nivel (resbalón y caída, tropiezo)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Caída a distinto nivel</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Sobre-esfuerzo, sobre-presión, sobre-carga</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Falla del equipo</p> <p><input type="checkbox"/> 10 (diez) (diez). Descarga/liberación al ambiente</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Otro (Especifique):</p> <p>Contacto con:</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Electricidad</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Calor</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Frio</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Radiación</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Cáusticos, ácidos</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Tóxicas o nocivas</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Ruido</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Otro (Especifique):</p>

REVISIÓN	<p>35. COMENTARIOS DEL RESPONSABLE DE ÁREA SOBRE EL ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN, ACERCA DE LAS CAUSAS BÁSICAS, Y LAS ACCIONES CORRECTIVAS DIRIGIDAS A SOLVENTAR POSIBLES DEFICIENCIAS EN LA GESTIÓN, EN EL PROGRAMA, ESTÁNDARES DE TRABAJO O SU CUMPLIMIENTO.</p>		
	36. NOMBRE Y FIRMA:	37. CARGO:	39. FECHA (dd/mm/aa):

DIAGRAMAS / FOTOGRAFÍAS DEL ÁREA DEL INCIDENTE/ACCIDENTE.



ANEXO 5. Formato informe de investigación del accidente y procedimiento de la investigación.

	DIRECCION GENERAL DE AVIACIÓN CIVIL	CÓDIGO: DGAC-SSO-FDR-004
	DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS	VERSIÓN 01
	UNIDAD DE SEGURIDAD, BIENESTAR Y SALUD OCUPACIONAL	FECHA VERSIÓN:19/04/2016
	INFORME AMPLIATORIO DE ACCIDENTE DE TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1
Fecha: Quito, 27 de abril del 2016		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN		
RAZÓN SOCIAL:		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN:		
ACTIVIDAD Y PRODUCTO PRINCIPAL:		
NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES:		
DIRECCIÓN EXACTA DE LA EMPRESA:		
PROVINCIA:		
CANTON:		
CIUDAD:		
DIRECCIÓN ELECTRONICA:		
DATOS DEL ACCIDENTADO		
NOMBRE DEL ACCIDENTADO:		
CÉDULA DE CIUDADANÍA:		
DIRECCIÓN DEL ACCIDENTADO:		
TELÉFONO DE REFERENCIA:		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:		
CARGO:		
HORARIOS DE TRABAJO:		
ACTIVIDAD LABORAL:		
EXPERIENCIA LABORAL EN EL PUESTO DE TRABAJO:		
DATOS DEL ACCIDENTE:		
SITIO O LUGAR DEL ACCIDENTE:		
CIUDAD DEL ACCIDENTE:		
FECHA DEL ACCIDENTE:		
HORA DEL ACCIDENTE:		
TURNO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:		
FECHA DE RECEPCIÓN AVISO DE ACCIDENTE:		
PERSONAS ENTREVISTADAS:		
CARGO:		
TESTIGO:		



Dirección General
de Aviación Civil

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INTERNA, AVISO,
INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE ACCIDENTES
LABORALES

Código: GATH-PR-001

Versión: 1.0

Página 22 de 23

CARGO:			
	DETALLE	PORMENORIZADO	DEL
	ACCIDENTE:		
OBSERVACIONES:			
Elaborado por:		Revisado y autorizado por:	
Analista de Talento Humano DGAC		Director Regional I DGAC	

