

Valledupar, 12 de Febrero 2018

CIRCULAR

PARA: **RECTORES, DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL DEPARTAMENTO, DIRECTORES DE NÚCLEO/COORDINADORES DE UNIDADES EDUCATIVAS MUNICIPALES Y ADMINISTRATIVOS.**

DE: **JORGE ELIECER ARAUJO GUTIERREZ**
Secretario de Educación Departamental

ASUNTO: **OBLIGACIÓN DE INFORMAR ESTADO DE SALUD DE FUNCIONARIOS A CARGO.**

Cordial saludo.

Para lograr el desarrollo normal de los procedimientos administrativos de la Secretaria de Educación Departamental especialmente en el reporte de enfermedades y accidentes de trabajo y de incapacidades laborales por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales, esta Sectorial les recuerda que el artículo 62 del Decreto 1295 de 1994 contempla: *"Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica, deberá ser informado por respectivo empleador a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la entidad promotora de salud en forma simultánea, dentro de los dos días hábiles siguientes de ocurrido el accidente o diagnostica la enfermedad profesional."*

Así mismo para efectos laborales, es obligación de los afiliados trabajadores informar al empleador sobre la expedición de incapacidad o licencia, y tienen el deber de entregar el certificado emitido por el médico.

Cuando se trate de la ocurrencia de accidentes de trabajo o enfermedades laborales (ATEP) de funcionarios administrativos, luego de haberle prestado los primeros auxilios al accidentado y llevarlo al centro asistencial más cercano, el primer paso es comunicarse a la Línea de Atención al Cliente Positiva: 01-8000-111-170, de la ARL Positiva e informar los hechos. Se genera un número de radicación del reporte para recibir la atención correspondiente y se envía vía correo electrónico o vía fax una copia del reporte de accidente de trabajo al correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co o notificacionesjudiciales@positiva.gov.co.

De igual manera puede realizar el informe del Accidente de Trabajo vía Internet, a través del portal transaccional: <https://www.positiva.gov.co/>. Para poder realizar el procedimiento debe ser a través de un usuario registrado, (el mismo que realiza las afiliaciones a través de este medio) o dirigirse a una de las oficinas y puntos de atención de la ARL Positiva y presentar el reporte diligenciado en el "Formato Único de Reporte de Accidentes de Trabajo" FURAT, y radicarlo tanto en la ARL Positiva, como también remitirlo con destino a la dependencia de Recursos Humanos de la Secretaria de Educación Departamental.

Ahora bien, cuando se trate de Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral (ATEP) de docentes o directivos docentes, una vez se atienda a la persona accidentada y sea trasladada a un centro asistencial para su valoración y atención médica, el rector o la persona a quien este delegue deberá hacer llegar el Formato de Reporte de Accidente de Trabajo debidamente diligenciado a las oficinas de Salud ocupacional de la Fundación Medico Preventiva en la Calle 16 N° 17 – 261 piso 2, antiguo Instituto Seguros Sociales en Valledupar, correo electrónico: profesionalsocesar@fundamep.com; o a la Fundación Avanzar FOS en la Carrera 9 # 5A - 145 en Aguachica, correo electrónico: aguachica@avanzarmedico.com; Tel: 5692494 - 5651723.

Con la notificación oportuna y completa de los accidentes de trabajo obtendremos los siguientes beneficios:

- Facilita la identificación de las causas durante la investigación posterior.
- Evita tropiezos para calificar la profesionalidad del evento.
- Entrega información al ministerio para determinar políticas y programas.
- Evita posibles sanciones de los entes de control por información incompleta.
- Es una clara manifestación de la responsabilidad y el compromiso del supervisor o administrador de la línea con su equipo de trabajo.

Para la empresa y el trabajador no solo es importante que usted reporte el hecho correcto y oportunamente, sino que lo investigue para:

- Identificar y analizar las causas
- Definir las acciones para evitar que sucedan hechos similares
- Asignar un responsable de la ejecución de las medidas preventivas
- Compartir la experiencia con otras personas de la empresa.

Ahora bien, en los casos de transcripción de certificado expedido por profesional médico no adscrito a la red de la EPS a la cual el funcionario incapacitado está afiliado, siempre será necesario adjuntar copia de la historia clínica y el certificado médico de incapacidad o licencia. Es necesario preciar, que el reconocimiento y pago por parte de esta entidad territorial quedará sujeto a la aceptación y validación de las incapacidades por parte de la EPS, al cual el trabajador se encuentra afiliado.

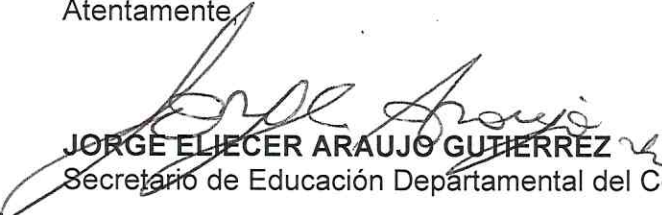
Para los casos de radicación de certificado expedido por profesional médico adscrito a la red de la EPS a la cual el funcionario en incapacidad está afiliado, será necesario que el trabajador remita a esta Sectorial únicamente copia de la historia clínica.

Por lo anteriormente expuesto, esperamos contar con su diligencia y la oportuna comunicación de este tipo de situaciones. Se les reitera que estos informes deben radicarse siendo dirigidas a la dependencia de Recursos Humanos de la Secretaria de Educación Departamental a través del Servicio de Atención al Ciudadano SAC.

Anexos:

- Formato de Notificación de Accidentes de Trabajo –FIDUPREVISORA (01 Folios)
- Formato de informe para accidente de trabajo del empleador o contratante-ARL POSITIVA (02 Folios)

Atentamente,


JORGE ELIECER ARAUJO GUTIERREZ
Secretario de Educación Departamental del Cesar

Elaboró: Hugues Javier Molina Socarras – Profesional Salud Ocupacional - Contratista SED
Revisó: Dosis José Salina Díaz - Profesional Universitario de Recursos Humanos – SED
Revisó: José Miguel Chacón Cuadro – Profesional Especializado Jurídica de la SED
Nombre carpeta archivo: Circulares 2018

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO
IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO VALLEDUPAR	ZONA U ___ X ___
CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE							
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		TELÉFONO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
							ZONA U ___
INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO							
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ___		NUMERO		FECHA DE NACIMIENTO(DIA,MES,AÑO)		SEXO MASCULINO ___ FEMENINO ___	
DIRECCIÓN :		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CARGO: DOCENTE ___ ORIENTADOR (A) ___ D.D. RECTOR (A) ___ COORDINADOR (A) ___		FECHA DE INGRESO SED(DIA,MES,AÑO)		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MAÑANA ___ TARDE ___ NOCHE ___ GLOBAL ___	
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO							
FECHA DEL ACCIDENTE(DIA,MES,AÑO)		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA: ___		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN ___ MAR ___ MC ___ JU ___ VI ___ SAB ___ DOM ___			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL ___ EXTRA ___		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ___ NO ___		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO ___ TRÁNSITO ___ VIOLENCIA ___ DEPORTIVO ___ RECREATIVO ___		CAUSÓ LA MUERTE SI ___ NO ___		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE CESAR		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA ACCIDENTE U ___ R ___
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO : DENTRO DEL COLEGIO ___ FUERA DEL COLEGIO ___							
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		☐ GLOPE,CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO ☐ QUEMADURA ☐ ENVENENAMIENTO,INTOXICACIÓN AGUDA,ALERGIA ☐ EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE ☐ ASFIXIA ☐ EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ LESIONES MÚLTIPLES ☐ OTRO? ___ ☐ CUAL?			
☐ AULA ESCOLAR ☐ AREAS RECREATIVAS ☐ CORREDORES O PASILLOS ☐ ESCALERAS ☐ AREA DE CIRCULACIÓN DE ☐ OFICINAS (SALA DE PROFESORES) ☐ AREAS COMUNES ☐ OTROS ☐ CUAL?		☐ FRACTURA ☐ LUXACIÓN ☐ TORCEDURA, ESGUINCE,DESGARRO MUSCULAR ☐ HERNIA O LACERACIÓN,MÚSCULO,TENDÓN SIN HERIDA ☐ CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO) ☐ HERIDA ☐ TRAUMA SUPERFICIAL					
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE			
☐ CABEZA ☐ OJO ☐ CUELLO ☐ TRONCO (ESPALDA,COLUMNA,PELVIS) ☐ TORAX ☐ ABDOMEN ☐ MIEMBROS SUPERIORES ☐ MANOS ☐ MIEMBROS INFERIORES ☐ PIES ☐ MÚLTIPLES		☐ EQUIPOS O MÁQUINAS ☐ MEDIO DE TRANSPORTE ☐ HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS ☐ MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRANSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS) ☐ OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ APARATOS ☐ ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) ☐ AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		☐ CAÍDA DE OBJETOS ☐ CAÍDA DE PERSONAS ☐ PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ ATRAPAMIENTOS ☐ SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ OTRO:			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE				PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN C.C. ___ C.E. ___	NÚMERO
				CARGO			
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN C.C. ___ C.E. ___	NÚMERO
				CARGO:			
				RESPONSABLE DEL INFORME			
				APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
				DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO C.C. ___ X ___ C.E. ___			
				FIRMA			

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

No. 149001

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBREADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO ARP LA PREVISORA VIDA S.A.

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE				
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARP	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO AFP	SEGURO SOCIAL	CUAL (INDICAR NOMBRE AFP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL)	
		☐ SÍ ☐ NO		

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA										TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)				CÓDIGO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				☐ (1) Empleador ☐ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa de Trabajo Asociada	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						DIRECCIÓN					
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.											
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR										CÓDIGO	
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ SÍ ☐ NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:											
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO				CÓDIGO		DIRECCIÓN					
TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		ZONA	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ										TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:										CÓDIGO									
										☐ (1) Perten ☐ (2) Misión ☐ (3) Cooperando ☐ Estudiante o aprendiz ☐ (5) Independiente																			
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE														
TIPO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE NACIMIENTO										SEXO									
TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.										D D M M A A A A										☐ M ☐ F									
DIRECCIÓN										TÉLEFONO										FAX									
DEPARTAMENTO					CÓDIGO MUNICIPIO					CÓDIGO					ZONA														
															☐ U ☐ F														
OCCUPACIÓN HABITUAL										CÓDIGO					FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA														
															D D M M A A A A														
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)										JORNADA DE TRABAJO HABITUAL																			
										☐ (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTA ☐ (4) POR TURNOS																			

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE											
FECHA DEL ACCIDENTE			HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE			JORNADA EN QUE SUCEDE:			
01234567891011121314151617181920212223			01234567891011121314151617181920212223		01234567891011121314151617181920212223			01234567891011121314151617181920212223		☐ (1) NORMAL ☐ (2) EXTRA	
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?					CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO ANTES AL ACCIDENTE				
☐ (1) SÍ ☐ (2) NO ¿CUAL? (Diligenciar solo en caso negativo):					01234567891011121314151617181920212223		01234567891011121314151617181920212223				
TIPO DE ACCIDENTE					¿CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?						
☐ (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO					☐ (1) SÍ ☐ (2) NO						
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE					CÓDIGO MUNICIPIO DEL ACCIDENTE						
01234567891011121314151617181920212223					01234567891011121314151617181920212223						
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE					CÓDIGO ZONA						
☐ (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA					☐ U ☐ F						
INDIQUE CUAL SITI: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (5) ESCALERAS ☐ (6) PASADIZOS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (7) OFICINAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (9) CÍTRAS ☐ (Especifique)					MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE: (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUEZOS O ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS PELIGROSAS O SALICICITADAS ☐ (9) OTRO: ☐ Especifique:						
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES) (10) FRACTURA ☐					AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) (1) MAQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) ATRAPADOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (5) RADIACIONES ☐ (6) AMBIENTE DE TRABAJO ☐ (Especifique: superficies de tránsito y trabajo, muebles, techos, en el acortar, insectos o subterráneos) (7) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) (7) AGENTES NO CLASIFICADOS ☐						
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA ☐ (1.12) CODO ☐ (2) CUELLO ☐ (3) TRONCO ☐ (Indique espalda, cintura, caderas, miembros superior, inferior) (3.32) TIBIA ☐ (3.33) RODILLA ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (4.46) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.56) PIES ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS ☐					EFECTO DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (99) OTRO: ☐ Especifique:						

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE														
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE															
¿Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:															
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: left; padding: 2px;">DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</th> <th style="width: 40%; text-align: left; padding: 2px;">CARGO QUE DESEMPEÑA:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"> TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No. </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td style="padding: 2px;">DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"> TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME</td> <td style="padding: 2px;">DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td style="padding: 2px;"> TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">FIRMA</td> <td style="padding: 2px;">FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE:</td> </tr> </tbody> </table>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CARGO QUE DESEMPEÑA:	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.	FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CARGO QUE DESEMPEÑA:														
TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.															
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:														
	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.														
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:														
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	TI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.														
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE:														

