

SANTA FE, 06 de marzo de 2012

VISTO el Expediente N° 8515/07 del Registro de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (S.R.T.), la Ley N° 24.557, el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996, las Resoluciones S.R.T. N° 015 de fecha 11 de febrero de 1998, N° 521 de fecha 21 de noviembre de 2001, N° 105 de fecha 12 de abril de 2002 y N° 840 de fecha 22 de abril de 2005, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 31 apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557 establece la obligación de los empleadores de denunciar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (S.R.T.) los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.

Que del aludido artículo 31, apartado 1 y sus reglamentaciones, surge el deber de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) de registrar, archivar e informar lo relativo a los accidentes y enfermedades laborales.

Que el artículo 30 de la Ley N° 24.557, extiende dichos deberes a los empleadores autoasegurados.

Que la información requerida en la denuncia de accidentes de trabajo es un elemento sustantivo para programar las acciones preventivas y de control que la Ley de Riesgos del Trabajo le asigna a esta S.R.T.

Por ello,

**EL DECANO DE LA
FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Créase el "Registro de Incidentes/Accidentes", administrado por la Secretaría de Planeamiento de esta Facultad, la que establecerá los mecanismos y procedimientos administrativos necesarios para su instrumentación.

ARTÍCULO 2: Apruébase el Anexo I, integrante de esta resolución, mediante el que se establecen los procedimientos administrativos tendientes a realizar las denuncias de incidentes/accidentes ocurridos en el ámbito de la FIQ.

ARTÍCULO 3: Apruébase el Anexo II, que forma parte de esta resolución, mediante el que

///

///2

se establece el formulario a utilizar en el procedimiento estipulado en el artículo precedente.

ARTÍCULO 4: Facúltase a la Secretaría de Planeamiento para requerir datos complementarios e introducir cambios en el formulario de denuncia.

ARTÍCULO 5: Inscríbese, comuníquese, dése a difusión y archívese.

RESOLUCION N° 024

Lzn

Firmado: Dr. Enrique MAMMARELLA – Decano
Prof. Stella Maris PSENDA – Secretaria Interina

ANEXO I - PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA DENUNCIA DE INCIDENTES/ACCIDENTES ACAECIDOS EN EL ÁMBITO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA

Instrucciones e información:

El presente registro es complementario e independiente de los trámites que debe realizar el trabajador en caso de un accidente de trabajo, cuyo procedimiento a seguir debe regirse de acuerdo a las instrucciones pertinentes recibidas de la A.R.T. contratada por la Universidad Nacional del Litoral.

Obligación de los involucrados en incidentes/accidentes

Los Responsables de Unidades Funcionales, conjuntamente con la/s persona/s involucrada/s, siempre y cuando su condición médica lo permita, están obligados a informar en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas de haber tomado conocimiento, cualquier incidente o accidente acaecido en el ámbito de la FIQ, utilizando para ello el Formulario de Reporte (Anexo II). La no presentación del formulario de denuncia correspondiente dentro del plazo establecido, será considerado como un acto de negligencia.

El original del mencionado documento deberá ser entregado por Mesa de Entradas y una copia en versión electrónica deberá ser remitida a la Secretaría de Planeamiento (planeamiento@fiq.unl.edu.ar).

Registro de incidentes/accidentes:

La Secretaría de Planeamiento realizará el registro de las denuncias de incidentes/accidentes preservando siempre y en todos los casos, la debida confidencialidad de los datos.

El Asesor de Higiene y Seguridad propondrá ante cada caso, las recomendaciones que correspondan a fin mejorar la situación planteada.

ANEXO II FORMULARIO

| FORMULARIO DE REPORTE DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> / INCIDENTE <input type="checkbox"/> | | FIQ | UNL |
|--|--|--|-----|
| <p><i>El reporte de accidentes/incidentes no está pensado para asignar culpas, sino como una manera de generar cambios beneficiosos. Use este reporte como una herramienta para mejorar las prácticas actuales.</i></p> <p><i>Responda detalladamente a cada pregunta. Respuestas del tipo "los accidentes ocurren" o "que ocurran hechos desafortunados es parte del trabajo científico/profesional" no son explicaciones aceptables.</i></p> | | | |
| 1. Nombre y apellido de la/s persona/s involucrada/s: - - - - | | 2. Cargo o función (ej. docente, estudiante, becario, no docente, visitante, etc.): - - - | |
| 3. Unidad Funcional de dependencia: | | | |
| 4. Responsable de la Unidad Funcional: | | | |
| 5. Fecha del accidente/incidente: | | 6. Hora del accidente/incidente: | |
| 7. Horario de ingreso a la FIQ: | | 8. Horario de salida de la FIQ: | |
| 9. Lugar del accidente/incidente (sector detallado donde ocurrió el mismo): | | | |
| 10. Testigos (nombre, apellido, DNI) - - - | | | |

11. ¿El accidente/incidente se produjo en el puesto de trabajo habitual de la persona involucrada?

SI

NO

12. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/ INCIDENTE:

Describa completamente la operación anterior al accidente/incidente, el evento en sí mismo y la secuencia de eventos que siguieron. Liste todo equipo, instrumento, maquinaria y equipo de protección personal en uso al momento del incidente:

13. DESCRIPCIÓN DE LESIONES OCURRIDAS POR EL ACCIDENTE (completar en caso de ocurrencia de lesiones):

Describe cualquier lesión ocurrida por el accidente y la secuencia de eventos que siguieron:

13.1. UBICACIÓN DE LESIONES (completar en caso de ocurrencia de lesiones)

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--|
| Cráneo: | | Cuello: | |
| Cara (excepto ojos): | | Ojos: | |
| Tórax, Espalda, costados: | | Región lumbar, Abdomen: | |
| Miembros superiores (excepto manos): | | Manos: | |
| Miembros inferiores (excepto pies): | | Pies: | |
| Órganos internos: | | Genitales: | |
| Lesiones múltiples: | | OTROS (detallar): | |
| | | | |

14. DESCRIPCIÓN DE DAÑO O PÉRDIDA DE PROPIEDAD (completar en caso de ocurrencia de pérdidas materiales):

15. FACTORES QUE CONTRIBUYERON O MITIGARON EL INCIDENTE/ACCIDENTE:

Explique cuál fue para Ud. la causa del incidente/accidente (esto puede incluir una supervisión inadecuada, falta de una política de trabajo apropiada, el no uso o provisión del equipo apropiado o requerido, etc.)

Firma del Denunciante

Firma del Responsable de la Unidad Funcional

16. INFORME MEDICO (a ser completado en caso de atención médica)

¿Fue necesaria asistencia médica externa?

SI / NO

¿El accidente produjo días de baja laboral?

SI / NO

Días de baja estimados:

DIAGNOSTICO MEDICO

Firma del Médico interviniente

17. HIGIENE Y SEGURIDAD

| N° | Recomendaciones | Fecha de implementación |
|-----------|------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Firma del Asesor de Higiene y Seguridad