



PPRLL 07 – Procedimiento de actuación, comunicación e investigación en caso de accidente o incidente de trabajo

1 OBJETO.-

Establecer la sistemática a seguir por parte de los trabajadores y de sus responsables, en los distintos centros de trabajo de la Diputación de Cáceres y sus Organismos Autónomos, ante un accidente o incidente de trabajo, así como el procedimiento a llevar a cabo para la correspondiente investigación del accidente o incidente.

2 ALCANCE

El procedimiento se aplica a todos los incidentes y accidentes de trabajo ocurridos a los empleados públicos de la Diputación de Cáceres y sus Organismos Autónomos.

3 DEFINICIONES

Accidente de trabajo: Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

Accidente de trabajo sin baja: Aquellos en los que existe lesión pero que permite al trabajador continuar realizando su trabajo tras recibir o no asistencia.

Accidente de trabajo con baja: Los que incapacitan al trabajador para continuar la tarea. Para considerar un accidente con baja, es necesario que el trabajador aporte el parte oficial de baja expedido por el facultativo correspondiente de la Seguridad Social.

Accidente mortal: Se denomina así al accidente del que se derive el fallecimiento del trabajador.

Accidente muy grave: Se considera accidente muy grave cuando se producen lesiones cuyas consecuencias pueden causar alteraciones funcionales u

orgánicas permanentes (secuelas incapacitantes) o hacen peligrar la vida del trabajador.

Accidente grave: Se considera accidente grave cuando las lesiones que produce, no ponen en peligro la vida del trabajador, ni se prevé que las secuelas que puedan quedar sean incapacitantes.

Accidente Leve: Se considera accidente leve cuando las lesiones que produce, no se prevé dejen ningún tipo de secuelas.

Accidente In Itinere: Es aquel que sufre el trabajador/a al ir al trabajo o al volver de éste. Hay 3 elementos que se requieren en un accidente “in itinere”: Que ocurra en el camino de ida o vuelta. Que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente. Que se emplee el itinerario habitual.

Incidente: Cualquier anomalía, que no ha producido daño alguno, pero que bajo circunstancias ligeramente diferentes el mismo suceso podría haber dado lugar a daños personales o materiales.

Investigación: Es la actuación que se lleva a cabo siguiendo la sistemática establecida en este procedimiento y que de manera sistemática trata de averiguar todas las circunstancias que han podido influir en el accidente o incidente al objeto de determinar las causas y acciones correctoras a tomar.

Relación de accidentes: Registro en orden cronológico de los accidentes ocurridos en la Diputación de Cáceres, Organismos Autónomos.

Índices estadísticos de accidentalidad: Análisis de los índices de frecuencia, índices de incidencia e índices de gravedad de la empresa, al objeto de estudiar la evolución en comparación con otros índices de referencia.

4 DESARROLLO

4.1 Actuación en caso de accidente

Todo accidente de trabajo debe ponerse en conocimiento inmediato del responsable jerárquico del trabajador accidentado (N-2 o N-3).

El responsable jerárquico del trabajador accidentado (N-2 o N-3) que tiene

conocimiento del accidente, tomará las medidas necesarias para la atención al accidentado teniendo en cuenta lo siguiente:

- En caso de urgencia vital, llamar al 112 y seguir sus indicaciones.
- Si el caso no es de urgencia vital y el accidentado está acogido al Régimen General de la Seguridad Social adoptará las acciones a su alcance para que reciba la atención sanitaria precisa del centro correspondiente de la Seguridad Social, pudiendo ser atendido en su Centro de Salud Habitual o en los Servicios de Urgencias y posteriormente comunicará el accidente a la Dirección del Área de Recursos Humanos, según se indica en el presente procedimiento.
- En caso de que el organismo autónomo cuente con Mutua de Accidente de Trabajo, el trabajador adoptará las acciones a su alcance para que reciba la atención sanitaria precisa del centro asistencial de la misma o el perteneciente a la SS.SS que le indique su Mutua

4.2 Comunicación de Accidentes

.

4.2.1 Accidentes con Baja

El responsable jerárquico del trabajador accidentado (N-2 o N-3), deberá remitir mediante fax, mail o página web, el Formulario debidamente cumplimentando sobre Comunicación de Accidentes e Incidentes (Anexo I), a la Dirección del Área de Recursos Humanos y al Servicio de Prevención de riesgos, con la mayor brevedad posible y nunca después de las 48 horas siguientes, al accidente de trabajo, y aportando en dicha comunicación todos los datos que le son solicitados y que serán los necesarios para la confección del Parte Oficial de Accidentes (Anexo II) y su traslado a la autoridad laboral a través del Sistema "Delt@" para la confección del Informe de Investigación de Accidentes por el personal técnico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Los plazos para realizar la comunicación de accidente a la autoridad laboral son los siguientes:

- Accidentes con Baja calificados como Leves: 5 días hábiles a partir de la baja médica para un accidente de trabajo.
- Accidentes con Baja calificados como graves, muy graves, múltiples (mas de 4 trabajadores) o que ocasionen el fallecimiento del trabajador: debe comunicar a la Autoridad Laboral en un plazo máximo de 24 horas, por el Sistema Delta@, por telegrama, fax u otro medio de comunicación análogo, la ocurrencia del Accidente.
- Accidentes sin Baja médica: En los 5 días hábiles primeros de cada mes siguiente al que correspondan.

Los accidentes graves, muy graves o mortales se comunicarán simultáneamente a la Autoridad Laboral y a la Dirección del Área de Recursos Humanos en un plazo no superior a 24 horas.

4.2.2 Accidentes Sin Baja

El responsable jerárquico del trabajador accidentado (N-2 o N-3), deberá comunicar a la Dirección del Área de Recursos Humanos y al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales con la mayor brevedad posible y nunca después de las 48 horas siguientes, el accidente de trabajo, cumplimentando el Formulario sobre Comunicación de Accidentes e Incidentes (Anexo I) y que servirá para la posterior confección de la Relación de Accidentes Sin Baja que se debe remitir a la autoridad laboral dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al suceso (Anexo III), así como para la posterior investigación de accidentes.

4.2.3 Incidentes

El trabajador siempre que sea posible y/o la persona responsable (Jefe de Servicio, Sección o Negociado o Responsable del Centro de Trabajo), deberá comunicar a la Dirección del Área de Recursos Humanos y al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales con la mayor brevedad posible y nunca después de las 48 horas siguientes, el incidente, cumplimentando el Formulario sobre Comunicación de Accidentes e Incidentes (Anexo III) y que servirá para la posterior investigación del accidente y/o incidente con el

objeto de que por las mismas causas y tras poner las debidas medidas preventivas no se produzca otro accidente similar.

4.2.4. Comunicación a delegados de Prevención.

Conforme al artículo 36.2.c de la LPRL la Dirección de Área de RRHH comunicará a los Delegados de Prevención los incidentes y accidentes de los que tenga conocimiento al recibir la comunicación del mismo.

4.3 Investigación de Accidentes

El presente procedimiento establece las actuaciones de información, análisis, investigación y control de los accidentes e incidentes laborales que afecten a Diputación e Cáceres y organismos autónomos, a fin de:

- Analizar las causas que provocaron el accidente o incidente
- Reducir la probabilidad de que se repitan accidentes a través de la adopción de medidas preventivas sobre causas previamente identificadas

4.3.1 Ámbito de Aplicación

El presente procedimiento es de aplicación a los siguientes sucesos, ocurridos en centros de trabajo de la empresa o en centros de trabajo de terceros:

- Accidentes con baja
- Accidentes sin baja pero con necesidad de prestación de primeros auxilios
- Incidentes con daños a la propiedad
- Incidentes sin daños personales ni a la propiedad pero potencialmente peligrosos o repetitivos

4.3.2 Contenido y Desarrollo de la Investigación

Para la realización de la Investigación el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, realizará los análisis documentales que estimara oportunos y contactará con las personas implicadas en el accidente (vía telefónica o entrevista personal), pudiendo visitar el lugar del suceso según la naturaleza del mismo.

Para la confección del Informe de Investigación de Accidentes se utilizará el Formulario de Comunicación de Accidentes e Incidentes y además podrá ser requerida para la investigación la presencia o colaboración de las personas que se citan a continuación:

- Siempre que las circunstancias lo permitan, la propia persona accidentada.
- Compañeros de trabajo, máxime si han sido testigos del accidente o incidente
- El o los responsables del Servicio y/o del Centro de Trabajo
- Otros/as responsables o técnicos/as de la empresa
- Los/as Delegados/as de Prevención
- Otras personas ajenas, si por las características del siniestro se considerara necesario.

Con los datos facilitados por las personas implicadas y con todos aquellos que hubiera podido recabar del análisis documental y la visita al lugar del accidente se elaborará un informe de investigación, codificado con las siglas INVACC acompañados del número de registro correspondiente que contemplará entre otros los siguientes apartados:

- Datos de Identificación (Trabajador, Centro de Trabajo, Fecha accidente...)
- Datos sobre el accidente y sus consecuencias
- Descripción de la situación de trabajo
- Causas del accidente
- Medidas Preventivas a Adoptar y/o recomendaciones técnicas a seguir

Una vez realizado el Informe de Investigación de Accidente, será remitido al Jefe de Servicio o Responsable del Centro, quien a su vez facilitará copia al trabajador accidentado. Teniendo los delegados de prevención dichos informes a su disposición y además serán informados en el Comité de Seguridad y Salud de los accidentes ocurridos. Se debe garantizar que se adoptan las medidas preventivas propuestas y será responsabilidad del N-2 o N-3 que corresponda asegurar que se dan los pasos para su correcta implantación, pudiendo contar para ello con el asesoramiento del SPP

5 RESPONSABLES

- Jefe de Servicio, Sección o Negociado o Responsable del Centro de Trabajo (N-2 y N-3 en su caso).
- Servicio de Prevención SPP

- Área de Recursos Humanos
- Empleados Públicos

6 DOCUMENTACIÓN Y LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

- LEY 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269 de 10 de noviembre).
- REAL DECRETO 39/1997, de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE nº 27 de 31 de enero).
- ORDEN del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 19 de noviembre de 2002, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico (BOE nº 270 de 21 de noviembre).
- RESOLUCIÓN de 26 de noviembre de 2002 de la Subsecretaría del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que se regula la utilización del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Delt@) (BOE nº 303 del 19 de diciembre).

7 ANEXOS

Anexo I: Formulario de Comunicación de Accidentes e Incidentes

Anexo II: Parte Oficial de Accidente

Anexo III: Relación de Accidentes Sin Baja

Anexo IV: Diagrama de Flujo sobre Actuación y Comunicación de Accidentes

ANEXO I

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

(Enviar a Recursos Humanos y Prevención de Riesgos Laborales)

Datos Relativos al Trabajador/a

Nombre:		Edad	
Categoría Profesional		Trabajo que realiza	
Antigüedad		Teléfono	Telf. Móvil

Datos Relativos al Centro de Trabajo

Centro de Trabajo			
Servicio Departamento o Sección			
Dirección		Localidad	

Datos Relativos al Accidente

Accidente <input type="checkbox"/>	Incidente <input type="checkbox"/>	Produce Baja Laboral <input type="checkbox"/>	Pérdida de la Jornada <input type="checkbox"/>	Solo Asistencia <input type="checkbox"/>
Fecha		Hora		
Descripción de la Lesión				
Gravedad Potencial de las lesiones		Posibilidad de Repetición del Accidente		
Muy Grave <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Frecuente <input type="checkbox"/>	Ocasional <input type="checkbox"/>
Lugar en que se produjo el accidente		Equipo/Objeto/Sustancia que causa la lesión		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Y DE LA SITUACIÓN DE TRABAJO				
CAUSAS POSIBLES DEL ACCIDENTE/INCIDENTE				
ACCIONES QUE SE HAN ADOPTADO O QUE SERÍA RECOMENDABLE ADOPTAR PARA EVITAR LA REPETICIÓN				

En _____ a _____ de _____ de _____

Comunicado por: _____

En Calidad de: _____

ANEXO II PARTE OFICIAL DE ACCIDENTE

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:.....
 Planilla 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

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 nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) :

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) :

Grado de la lesión (26): Leve Grave Muy grave Fallecimiento Parte del cuerpo lesionada (25) :

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

Don/Doña:..... en calidad de, de la empresa, expide el presente parte ena.....de.....de 20__ (firma y sello)	ENTIDAD N ° N° EXPEDIENTE	AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado)
--	----------------------------------	--

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DE CARÁCTER GENERAL

Deberá cumplimentarse este Parte en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del lugar de trabajo, del trabajador accidentado, de al menos un día (salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente).

Se entiende como recaída "la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente anterior". En estos casos deberá consignarse como fecha de ocurrencia la del accidente que la originó.

El Parte debe ser cumplimentado por las empresas con trabajadores por cuenta ajena y por los trabajadores por cuenta propia o autónomos que tengan cubierta esta contingencia, salvo las casillas sombreadas y será remitido 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.

En los casos de rúbricas con varias casillas, se marcarán todas las que procedan.

PARA LAS DISTINTAS RÚBRICAS

1. DATOS DEL TRABAJADOR

- (1) Nº de Afiliación a la Seguridad Social (NAF): El NAF del trabajador completo figura en el Boletín de cotización a la Seguridad Social modelo TC2. Consta de doce dígitos:
 - Código de provincia (dos primeros dígitos)
 - Número de 10 dígitos
- (2) Nacionalidad: si es distinta de la española, debe especificar en la línea de puntos el país de procedencia. (Tabla de códigos en Anexo I).
- (3) IPF (Identificador de Persona Física): Consignar el código que corresponda de acuerdo con el tipo de documento, y consignar el número de identificación correspondiente. Esta clave y número son los mismos que constan en el Boletín de cotización a la Seguridad Social (TC2). (Tabla de códigos en Anexo I).
- (4) Texto de Ocupación: Describese la ocupación o profesión de la manera más detallada y precisa posible; *por ejemplo*: no es suficiente con poner "operador de máquina", debe poner "operador de máquina para fabricar productos de madera" u "operador de máquina para fabricación de productos textiles", etc. Se codificará a tres dígitos de la CNO vigente. (Ver Anexo III).
- (5) Antigüedad en el puesto de trabajo: Se trata de la antigüedad en el puesto de trabajo desempeñado en el momento del accidente y tendrá como límite máximo el tiempo de antigüedad en la empresa. Se consignará en meses y/o días en caso de ser inferior al mes.
- (6) Tipo de contrato: El código de esta rúbrica se corresponde con el que se consigna, para cada trabajador, en la cumplimentación mensual del Boletín de cotización a la Seguridad Social (TC2). La relación de códigos se publica en el "Manual práctico de cotización" que edita cada año la Tesorería General de la Seguridad Social. (Ver Anexo III).
- (7) Régimen de la Seguridad Social: Consignar el código correspondiente. (Tabla de códigos en Anexo I).

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

- (8) CIF o NIF: El CIF deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos, de los cuales, el primero de ellos es siempre una letra. Caso de no poseerlo, se consignará el NIF del empresario.
 - (9) Código de Cuenta de Cotización en la que está el trabajador: Consta de once dígitos:
 - Código de provincia (dos primeros dígitos)
 - Número de 9 dígitos
- Este apartado no se cumplimentará cuando el trabajador accidentado sea un "autónomo sin asalariados", pero si se cumplimentarán el resto de los campos de este apartado aunque no estarán asociados a una Cuenta de Cotización.
- (10) Texto de Actividad económica principal: Consignese la actividad principal, entendiendo por tal aquella a la que se dedica la mayor parte de los trabajadores incluidos en la Cuenta de Cotización indicada antes. La actividad económica debe describirse de la manera más detallada y precisa posible; *por ejemplo*: no es suficiente con poner "industria de la madera", deberá poner "aserrado y cepillado de la madera" o "fabricación de piezas de carpintería y ebanistería para la construcción", etc. Se codificará a tres dígitos de la CNAE vigente. (Ver Anexo III).
 - (11) Plantilla actual de la empresa: Se consignará la plantilla, incluida en la Cuenta de Cotización citada antes, que tenía la empresa cuando ocurrió el accidente.

3. DATOS DEL LUGAR Y CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

El objetivo de los datos de este apartado es identificar exactamente y con toda precisión la ubicación del centro o lugar en el que se ha producido el accidente, así como identificar la empresa para la que estaba prestando sus servicios el trabajador cuando se produjo el accidente, es decir, el centro perteneciente a la empresa que organizaba el trabajo y desde la que se impartían las instrucciones de trabajo.

- (12) Plantilla actual del centro: Se consignará la plantilla que tenía el centro cuando ocurrió el accidente.
- (13) Texto de Actividad económica principal del centro: Consignese la actividad principal, entendiendo por tal aquella a la que se dedica la mayor parte de los trabajadores del centro. Debe describirse de la manera más detallada y precisa posible, siguiendo las instrucciones indicadas en el apartado de "datos de la empresa". (Ver Anexo III).

4. DATOS DEL ACCIDENTE:

- (14) Hora de trabajo: En los accidentes "in itinere", se cumplimentará a ceros (00) cuando el accidente se produzca al "ir al trabajo", y con 99 cuando se produzca al "volver del trabajo".
- (15) Descripción del accidente: la descripción debe hacerse de forma exhaustiva indicando de manera secuencial: el lugar en que estaba el trabajador accidentado, qué estaba haciendo, cómo se produjo el accidente, agentes materiales asociados a cada una de las fases del accidente y cuales fueron las consecuencias del mismo.
- (16) Tipo de lugar: Se trata del lugar de trabajo, del entorno general o del local de trabajo donde se encontraba el trabajador inmediatamente antes de producirse el accidente. *Por ejemplo*: obra o edificio en construcción, zona agrícola, zona industrial, etc.. (ver Tabla-1 de códigos en Anexo II).
- (17) Tipo de trabajo: Se refiere a la actividad general que realizaba la víctima en el momento de producirse el accidente. *Por ejemplo*: labores de demolición, labores de tipo agrícola, producción o transformación de productos, etc. (ver Tabla - 2 de códigos en Anexo II).
- (18) Actividad física específica: Se trata de la actividad física concreta que realizaba la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. *Por ejemplo*: desplazamiento por la obra, recoger fruta, cortar carne con máquina, etc.. (ver Tabla - 3 de códigos en Anexo II).
- (19) Agente material de la Actividad física específica: El agente material asociado con la actividad física específica describe el instrumento, el objeto o el agente que estaba utilizando la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. *Por ejemplo*: suelo o superficie de trabajo, tijeras o herramienta manual de corte, máquina de cortar carne, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).
- (20) Desviación: Se trata de la descripción del suceso anormal que ha interferido negativamente en el proceso normal de ejecución del trabajo y que ha dado lugar a que se produzca u origine el accidente. *Por ejemplo*: desprendimiento o caída de hierros, caída de herramienta manual de corte, bloqueo de máquina de cortar, etc.. (ver Tabla - 4 de códigos en Anexo II).
- (21) Agente material de la desviación: El agente material asociado a la desviación describe el instrumento, el objeto o el agente ligado al suceso (desviación) que ha interferido en el proceso normal de ejecución del trabajo. *Por ejemplo*: carga suspendida de una grúa, herramienta manual de corte, máquina de cortar carne, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).
- (22) Forma (contacto - modalidad de la lesión): Es lo que describe el modo en que la víctima ha resultado lesionada (la lesión puede ser tanto física como psicológica) por el agente material que ha provocado dicha lesión. Si hubiera varias formas o contactos, se registrará el que produzca la lesión más grave. *Por ejemplo*: choque con objeto que cae verticalmente, contacto con herramienta manual cortante, amputación de un dedo, etc. (Ver Tabla - 5 de códigos en Anexo II).
- (23) Agente material causante de la lesión: El agente material asociado a la forma (contacto-modalidad de la lesión), describe el objeto, instrumento, o agente con el cual la víctima se produjo la/s lesión/es. Si varios agentes materiales hubieran producido la/s lesión/es, se registrará el Agente material ligado a la lesión más grave. *Por ejemplo*: carga suspendida de una grúa, herramienta manual de corte, máquina de cortar carne, etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).
- (24) Testigos del accidente: Consignar todos los datos que permitan ponerse en contacto con los testigos.

5. DATOS ASISTENCIALES

- (25) Descripción de la lesión y Parte del cuerpo lesionada: Además de una breve descripción literal, se consignará el código que corresponda (ver Tablas 6 y 7 de códigos en Anexo II).
- (26) Grado de la lesión: Las casillas que figuran en esta rúbrica son las mismas que figuran en el Parte Médico de Baja, por tanto se marcará el mismo grado que figura en dicho Parte.
- (27) Tipo de asistencia sanitaria: Cuando la asistencia sea prestada en la propia empresa, se consignará como "ambulatoria".

6. DATOS ECONÓMICOS

- (28) Los datos económicos de cumplimentarán en euros con dos decimales.

A/ Base de cotización mensual.

 - (1) Consignese el importe de las remuneraciones que integraron la base de cotización del trabajador en el mes anterior al de la baja, con exclusión de las cantidades percibidas por los conceptos que se enumeran en el apartado B.
 - Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes en que se inicia la situación de incapacidad laboral, las remuneraciones a consignar serían las correspondientes a los días trabajados en la empresa.
 - (2) Si el trabajador percibe retribución mensual y ha permanecido en alta todo el mes anterior, se harán constar treinta días; en otro caso, el número de días cotizados.
 - (3) Se obtendrá de dividir (1) entre (2)

B/ Base de cotización al año.

 - (4) Reflejará la suma de las bases de cotización por estos conceptos en los doce meses anteriores al de la baja.
 - (5) Dividiendo el total de la base reguladora B por 365 días se obtendrá el promedio diario.

C/ Subsidio.

 - (6) Es el resultado de A + B
 - (7) Resulta de obtener el 75% del (6). La cuantía del subsidio no podrá exceder del 75 por 100 del promedio diario del tope máximo de cotización mensual vigente en el momento de producirse la incapacidad temporal.

**ANEXO III
RELACIÓN DE ACCIDENTES SIN BAJA**

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

ENTIDAD NOMBRE: _____
ENTIDAD NÚMERO: _____

MES: _____
AÑO: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	PLANTILLA
C.C. COTIZACIÓN	C.I.F. O D.N.I

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CCC / NAF	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 ACCIDENTE			FORMA CONTACTO (4)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)	
		VARÓN	MUJER		CÓDIGO	Nº DOCUMENTO	INDEFINIDO	TEMPORAL	DÍA	MES	AÑO					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como indefinido

D. _____ en calidad de _____ de la Empresa, expide la presente Relación en: _____ a _____ de _____ de 200__

AUTORIDAD LABORAL

ANEXO
IV

