

A N E X O – P.O.P. 12

MODELOS DE IMPRESOS A CUMPLIMENTAR

ÍNDICE

IMPRESO Nº 1	PARTE DE INICIACIÓN DE TRABAJO.
IMPRESO Nº 2	VEHÍCULOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS EN LOS TRABAJOS.
IMPRESO Nº 3	PARTE DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN.
IMPRESOS Nº 4.1.	PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO: <ul style="list-style-type: none">• 4.1/O. PARA OBRAS DE CONSTRUCCIÓN.• 4.1/S. PARA SERVICIOS Y OTRAS ACTUACIONES.
IMPRESOS Nº 4.2.	RELACIÓN MENSUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO LEVES Y GRAVES CON O SIN BAJA: <ul style="list-style-type: none">• 4.2/O. PARA OBRAS DE CONSTRUCCIÓN.• 4.2/S. PARA SERVICIOS Y OTRAS ACTUACIONES.
IMPRESO Nº 4.3.	DATOS ESPECÍFICOS E ÍNDICES MENSUALES DE OBRA. <ul style="list-style-type: none">• 4.3/O. SOLO PARA OBRAS DE CONSTRUCCIÓN.
IMPRESO Nº 5	PARTE DE INFORMACIÓN DE RIESGOS.



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 39 de 48

PARTE DE INICIACIÓN DE TRABAJOS

Nº CONTRATO O CARTA PEDIDO

DIRECCIÓN: _____

OBRA O SERVICIO CONTRATADO _____

PARTE DE INICIACIÓN DE TRABAJOS

Empresa Contratista: _____ CIF/NIF _____

Domicilio Social: _____ Tfno. _____ Fax _____

Descripción del trabajo a realizar: _____

Centro de Trabajo: _____

Fecha de Comienzo de los trabajos: _____ Duración: _____

Número de la Seguridad Social: _____

Empresa Aseguradora de Accidentes (Incapacidad Laboral Transitoria): _____

Empresa Aseguradora de Accidentes (Incapacidad Permanente y Muerte): _____

Servicio Médico para Reconocimientos: _____

Servicio Médico de Accidentes (1) (2): _____

Transporte de heridos concertado con (2): _____

Hospitalización de Accidentados concertado con (2): _____

Primeros Auxilios: _____

Representante del Contratista _____

En su ausencia: _____

Encargado de Seguridad y Salud del Contratista: (3) _____

En su ausencia: (3) _____

Observaciones: _____

_____, a _____ de _____ de 20____

EL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA

- (1) Indíquese nombre y domicilio del Servicio Médico
- (2) Estos datos deben ser conocidos por el personal de la Obra
- (3) Indicar nombre y apellidos, teléfono, fax, y dirección de correo electrónico



VEHÍCULOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS EN LOS TRABAJOS

DIRECCIÓN:

EMPRESA:

Fecha:

Contrato:

Los conductores que utilizan los vehículos están debidamente autorizados.

Los vehículos utilizados en los trabajos se encuentran debidamente cubiertos por el Seguro en Vigor, por el periodo de revisión de la I.T.V., y por cualquier requerimiento oficial preciso para su utilización.

EL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA

Fdo.: _____



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 41 de 48

PARTE DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS

DIRECCIÓN:

EMPRESA:

Fecha:

Nº Contrato:

Las personas que realizan el trabajo objeto del Contrato, han recibido formación específica en Prevención de Riesgos Laborales y conocen los riesgos que se han evaluado en su puesto de trabajo así como las correspondientes medidas preventivas.

De igual forma, diariamente, y previo al inicio de los trabajos los trabajadores reciben unas breves explicaciones de los riesgos de su trabajo y de las medidas preventivas a adoptar, en los términos exigidos en el punto 8.3. de este Procedimiento.

EL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA

Fdo.: _____

ESQUEMA DE DATOS COMPLEMENTARIOS AL PARTE DE ACCIDENTE QUE LA EMPRESA CONTRATISTA CORRESPONDIENTE DEBERÁ REMITIR JUNTO AL PARTE AL REPRESENTANTE DE ADIF INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE OCURRIDO UN ACCIDENTE GRAVE O MORTAL

DATOS DEL ACCIDENTADO

- Empresa a la que pertenece (si fuese una empresa subcontratista indicarlo expresamente e indicar, si fuese el caso, la cadena de subcontratación a partir del contratista principal):
- Trabajo que realizaba habitualmente el accidentado:

DATOS DEL ACCIDENTE

- Hora del accidente:
- Hora de trabajo (1ª, 2ª, etc.):
- Momento del accidente (indicando si se ha producido durante la **jornada de trabajo** o **in itinere**, es decir, al ir o volver del trabajo):
- Lugar del accidente (si el accidente se ha producido durante la jornada de trabajo indicar si ha ocurrido en el centro de trabajo habitual, en un desplazamiento durante la jornada laboral o en otro centro o lugar de trabajo):
- Presencia de mandos o coordinadores de actividad o tarea:
- Descripción del accidente:
- Lesiones:
- Rescate, evacuación y asistencia:
- Causas del accidente (indicar, si fuese el caso, si el accidente ocurrió coincidiendo con una alteración de una rutina o trabajo, especificando porqué se decidió tal alteración):
- Medidas preventivas para evitar su repetición:



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 43 de 48

MINISTERIO DE FOMENTO

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD LABORAL

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO GRAVE O MORTAL

ENTIDAD: ADMINISTRADOR DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS
DIRECCIÓN:

Obra:

Clave de la obra:

Provincia:

Contratista:

DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Empresa a la que pertenece:

Subcontratista: SI NO

Tipo de contrato (fijo/por obra):

Trabajador Autónomo: SI NO

Antigüedad en la empresa: Años:

Meses:

Meses de antigüedad en la obra:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: / /

Hora del accidente:

En jornada de trabajo

In itinere (al ir o volver del trabajo)

Lugar del accidente: Centro de trabajo habitual

Desplazamiento durante la jornada laboral

Otro centro o lugar de trabajo In itinere

Descripción del accidente:

Forma de ocurrencia (1):

caída desplome herramientas y equipos vehículos sobreesfuerzos otras

patologías no traumáticas

Naturaleza de la lesión:

fractura torcedura, esguince o distensión lumbalgia conmoción o traumatismo interno

otras heridas contusión o aplastamiento cuerpos extraños efectos de la electricidad

lesiones múltiples otros

Partes del cuerpo afectadas (2): cabeza tronco miembros superiores miembros inferiores

Descripción breve de las lesiones:

Grado de lesión:

Grave

Mortal

Causas del accidente:

Medidas preventivas para evitar su repetición:

- (1) **Caída** (caída de persona al mismo nivel, caída de persona a diferente nivel), **desplome** (desplome-derrumbamiento, caída de objetos en manipulación, caída de objetos por desprendimiento), **herramientas y equipos** (pisadas sobre objetos, golpes por objetos o herramientas, proyección de fragmentos o partículas, choques contra objetos, atrapamiento por o entre objetos, contactos térmicos, contactos eléctricos), **vehículos** (atrapamiento por vuelco de vehículos, atropellos o golpes por vehículos), **patologías no traumáticas** (infartos, derrames cerebrales, etcétera, siempre que tengan lugar dentro de la jornada laboral o in itinere).
- (2) **Cabeza** (cráneo, cara y ojos), **tronco** (cuello, tórax, espalda, abdomen y región lumbar), **miembros superiores** (manos y brazos), **miembros inferiores** (pies y piernas).

Impreso nº 4.1/0.



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 44 de 48

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD LABORAL
PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

ENTIDAD: ADMINISTRADOR DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS
DIRECCIÓN:

Servicio prestado:

Provincia:

Contratista:

DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Empresa a la que pertenece: _____ Subcontratista: SI NO
Tipo de contrato (fijo/por obra): _____ Trabajador Autónomo: SI NO
Antigüedad en la empresa: Años: _____ Meses: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: / / **Hora del accidente:** En jornada de trabajo
In itinere (al ir o volver del trabajo)
Lugar del accidente: Centro de trabajo habitual Desplazamiento durante la jornada laboral
Otro centro o lugar de trabajo In itinere

Descripción del accidente:

Forma de ocurrencia (1):

caída desplome herramientas y equipos vehículos sobreesfuerzos otras
patologías no traumáticas

Naturaleza de la lesión:

fractura torcedura, esguince o distensión lumbalgia conmoción o traumatismo interno
otras heridas contusión o aplastamiento cuerpos extraños efectos de la electricidad
lesiones múltiples otros

Partes del cuerpo afectadas (2): cabeza tronco miembros superiores miembros inferiores

Descripción breve de las lesiones:

Grado de lesión: Leve Grave Mortal

Causas del accidente:

Medidas preventivas para evitar su repetición:

- (1) **Caída** (caída de persona al mismo nivel, caída de persona a diferente nivel), **desplome** (desplome-derrumbamiento, caída de objetos en manipulación, caída de objetos por desprendimiento), **herramientas y equipos** (pisadas sobre objetos, golpes por objetos o herramientas, proyección de fragmentos o partículas, choques contra objetos, atrapamiento por o entre objetos, contactos térmicos, contactos eléctricos), **vehículos** (atrapamiento por vuelco de vehículos, atropellos o golpes por vehículos), **patologías no traumáticas** (infartos, derrames cerebrales, etcétera, siempre que tengan lugar dentro de la jornada laboral o in itinere).
- (2) **Cabeza** (cráneo, cara y ojos), **tronco** (cuello, tórax, espalda, abdomen y región lumbar), **miembros superiores** (manos y brazos), **miembros inferiores** (pies y piernas).



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
 Actividades Empresariales*

Código POP 12
 Rev.: 3
 Fecha: Octubre 2010
 Página 45 de 48

MINISTERIO DE FOMENTO

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD LABORAL

RELACION MENSUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO LEVES Y GRAVES CON O SIN BAJA

ENTIDAD: ADMINISTRADOR DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS
 DIRECCIÓN:

CLAVE:
 MES-AÑO:

OBRA:

Nº de trabajadores:

Horas trabajadas en el mes:

HOJA:

Nombre del trabajador	Edad	Ocupación	empresa (1)	Antigüedad empresa años-meses	Antigüedad Obra (meses)	Fecha Accidente (2)	momento (3)	Forma (4)	lesión (5)	parte afectada (6)	gravedad (leve o grave)	fecha baja (7)	fecha alta (8)	Jornadas no trabajadas en el mes (9)

- (1) Escribir: **1** si pertenece a la empresa que figura como contratista, **2** si pertenece a una empresa subcontratista o **3** si se trata de un trabajador autónomo.
- (2) Si se tratase de una recaída con baja, escribir, en lugar de una fecha, la inicial **R** y rellenar sólo el nombre del trabajador, las fechas de baja y alta y las jornadas no trabajadas.
- (3) Escribir: **I** si se trata de un accidente in itinere o **JT** si se trata de un accidente ocurrido durante la jornada de trabajo.
- (4) Escribir: **C** (caída), **D** (desplome), **H** (herramientas y equipos), **V** (vehículos), **S** (sobreesfuerzos), **O** (otras) o **P** (patologías no traumáticas), según corresponda.
Caída (caída de persona al mismo nivel, caída de persona a diferente nivel), **desplome** (desplome-derrumbamiento, caída de objetos en manipulación, caída de objetos por desprendimiento), **herramientas y equipos** (pisadas sobre objetos, golpes por objetos o herramientas, proyección de fragmentos o partículas, choques contra objetos, atrapamiento por o entre objetos, contactos térmicos, contactos eléctricos), **vehículos** (atrapamiento por vuelco de vehículos, atropellos o golpes por vehículos), **patologías no traumáticas** (infartos, derrames cerebrales, etcétera, siempre que tengan lugar dentro de la jornada laboral o in itinere)
- (5) Escribir: **F** (fractura), **E** (torcedura, esguince o distensión), **L** (lumbalgia), **TI** (conmoción o traumatismo interno), **OH** (otras heridas), **C** (contusión o aplastamiento), **CEX** (cuerpos extraños), **ELEC** (efectos de la electricidad), **LM** (lesiones múltiples) u **OT** (otros), según corresponda.
- (6) Escribir: **cabeza**, **tronco**, **MS** (si se trata de miembros superiores) o **MI** (si se trata de miembros inferiores), según corresponda.
Cabeza (cráneo, cara y ojos), **tronco** (cuello, tórax, espalda, abdomen y región lumbar), **miembros superiores** (manos y brazos), **miembros inferiores** (pies y piernas).
- (7) Si se tratase de un accidente de trabajo ocurrido sin baja médica se dejará sin rellenar esta columna y las siguientes.
- (8) Si el alta no se produce en el mismo mes que la baja se dejará sin rellenar esta columna y en la hoja correspondiente a los meses siguientes figurará SÓLO el nombre del trabajador, la fecha de la baja y el alta cuando se produzca, contabilizando las jornadas perdidas cada uno de los meses.
- (9) Corresponden a accidentes producidos durante la jornada de trabajo (no "in itinere") o recaídas de accidentes producidos en dicha jornada (no "in itinere") durante el mes. Se obtienen por diferencia entre la fecha del alta y la de la baja o por cómputo desde la baja hasta final de mes si el alta no se produce el mismo mes de la baja, incluso festivos. Debe escribirse sólo las jornadas no trabajadas en el mes del que se realiza el informe y no desde el principio de la baja, con objeto de facilitar la obtención de ese dato para pasarlo al modelo "DATOS ESPECIFICOS E ÍNDICES MENSUALES DE OBRA".



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 46 de 48

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD LABORAL

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO LEVES Y GRAVES CON O SIN BAJA

ENTIDAD: ADMINISTRADOR DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS

DIRECCION:

SERVICIO PRESTADO:

HOJA:

MES-AÑO:

Nº de trabajadores:

Horas trabajadas en el mes:

Nombre del trabajador	Edad	Ocupación	Empresa (1)	Antigüedad Empresa años-meses	Antigüedad Obra (meses)	Fecha Accidente (2)	Momento (3)	Forma (4)	Lesión (5)	Parte afectado (6)	Gravedad (leve o grave)	Fecha baja (7)	Fecha Alta (8)	Jornadas no trabajadas en el mes (9)

- (1) Escribir: **1** si pertenece a la empresa que figura como contratista, **2** si pertenece a una empresa subcontratista o **3** si se trata de un trabajador autónomo.
- (2) Si se tratase de una recaída con baja, escribir, en lugar de una fecha, la inicial **R** y rellenar sólo el nombre del trabajador, las fechas de baja y alta y las jornadas no trabajadas.
- (3) Escribir: **I** si se trata de un accidente in itinere o **JT** si se trata de un accidente ocurrido durante la jornada de trabajo.
- (4) Escribir: **C** (caída), **D** (desplome), **H** (herramientas y equipos), **V** (vehículos), **S** (sobreesfuerzos), **O** (otras) o **P** (patologías no traumáticas), según corresponda.
Caída (caída de persona al mismo nivel, caída de persona a diferente nivel), **desplome** (desplome-derrumbamiento, caída de objetos en manipulación, caída de objetos por desprendimiento), **herramientas y equipos** (pisadas sobre objetos, golpes por objetos o herramientas, proyección de fragmentos o partículas, choques contra objetos, atrapamiento por o entre objetos, contactos térmicos, contactos eléctricos), **vehículos** (atrapamiento por vuelco de vehículos, atropellos o golpes por vehículos), **patologías no traumáticas** (infartos, derrames cerebrales, etcétera, siempre que tengan lugar dentro de la jornada laboral o in itinere).
- (5) Escribir: **F** (fractura), **E** (torcedura, esguince o distensión), **L** (lumbalgia), **TI** (conmoción o traumatismo interno), **OH** (otras heridas), **C** (contusión o aplastamiento), **CEX** (cuerpos extraños), **ELEC** (efectos de la electricidad), **LM** (lesiones múltiples) u **OT** (otros), según corresponda.
- (6) Escribir: **cabeza**, **tronco**, **MS** (si se trata de miembros superiores) o **MI** (si se trata de miembros inferiores), según corresponda.
Cabeza (cráneo, cara y ojos), **tronco** (cuello, tórax, espalda, abdomen y región lumbar), **miembros superiores** (manos y brazos), **miembros inferiores** (pies y piernas).
- (7) Si se tratase de un accidente de trabajo ocurrido sin baja médica se dejará sin rellenar esta columna y las siguientes.
- (8) Si el alta no se produce en el mismo mes que la baja se dejará sin rellenar esta columna y en la hoja correspondiente a los meses siguientes figurará SÓLO el nombre del trabajador, la fecha de la baja y el alta cuando se produzca, contabilizando las jornadas perdidas cada uno de los meses.
- (9) Corresponden a accidentes producidos durante la jornada de trabajo (**no "in itinere"**) o recaídas de accidentes producidos en dicha jornada (**no "in itinere"**) durante el mes. Se obtienen por diferencia entre la fecha del alta y la de la baja o por cómputo desde la baja hasta final de mes si el alta no se produce el mismo mes de la baja, incluso festivos. Debe escribirse sólo las jornadas no trabajadas en el mes del que se realiza el informe y no desde el principio de la baja.

MINISTERIO DE FOMENTO

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD LABORAL

DATOS ESPECÍFICOS E ÍNDICES MENSUALES DE OBRA

ENTIDAD: ADMINISTRADOR DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS

DIRECCIÓN:

Obra:

Clave de la obra:

Provincia:

Contratista:

Fecha de inicio de obra:

Fecha de finalización:

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept.	octubre	nov.	dic.
Trabajadores (T)												
Horas trabajadas en el mes (H)												
Accidentes en jornada de trabajo con baja (leves + graves + mortales) (A)												
Accidentes "in itinere"												
Accidentes graves(G)												
Accidentes mortales (M)												
Jornadas no trabajadas por accidentes en jornada de trabajo con baja (J)												
Índice de incidencia												
Índice de frecuencia												
Índice de gravedad												
Duración media de las bajas												
Índice de incidencia accidentes mortales												
Índice de frecuencia accidentes mortales												

$$\text{Índice de incidencia} = A * 100.000 / T$$

$$\text{Índice de frecuencia} = A * 1.000.000 / H$$

$$\text{Índice de gravedad} = J * 1.000 / H$$

J = jornadas no trabajadas en el mes en que se realiza este parte, incluso sábados, domingos y festivos, durante el tiempo de baja, no considerándose las jornadas no trabajadas por los accidentes in itinere y sí por las recaídas.

$$\text{Duración media de las bajas} = J / A$$

$$\text{Índice de incidencia de accidentes mortales} = M * 100.000 / T$$

$$\text{Índice de frecuencia de accidentes mortales} = M * 100.000.000 / H$$



PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE PREVENCIÓN
*Procedimiento de Coordinación de
Actividades Empresariales*

Código POP 12
Rev.: 3
Fecha: Octubre 2010
Página 48 de 48

PARTE DE INFORMACIÓN DE RIESGOS

DIRECCIÓN: _____

Empresa Contratista: _____

Descripción del riesgo detectado: _____

Lugar: _____

Redactado por: _____

Entregado a (Nombre , Categoría y Fecha) _____

Representante del Contratista

Recibido por el Representante de Adif

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Fecha: