XIII. DOCUMENTOS INTERESANTES

Adjuntamos una serie de documentos o modelos que tal y como hemos titulado este apartado, consideramos que pueden ser interesantes para ti.

01. Modelo de Solicitud a la Comisión de Prestaciones Especiales.
02. Parte Oficial de Accidente de Trabajo.
03. Modelo oficial de relación de Accidentes de Trabajo ocurridos sin baja médica.
04. Parte Oficial de Enfermedad Profesional.
05. Modelo de un parte asistencial (documento no oficial).
06. Modelo oficial de parte médico de baja y alta médica.
07. Listado de direcciones y teléfonos útiles de los responsables de salud laboral
08. Ejemplo de encuesta para recoger el grado de satisfacción de los/as trabajadores/as en relación con los servicios prestados por la Mutua.
09. Modelo de escrito solicitando información a la empresa.
10. Ejemplo de convenio de colaboración en el supuesto de que la empresa contrate con la mutua la gestión económica de las bajas por causas comunes.
11. Modelo de denuncia ante la Inspección de Trabajo.

Doc. 01a - Modelo de Solicitud a la Comisión de Prestaciones Especiales

ZONA:	
N.º EXPEDIENTE:	
TRAMITADOR:	
FECHA PRESENTACION:	
Nº EXPEDIENTE GENERAL:	

EXPEDIENTE TRAMITACION PRESTACIONES ESPECIALES

DATOS SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE:			D.N.I.:	
	DOMICILIO:			ACCIDENTADO ☐ SI ☐ NO	
	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELEFONO:	PARENTESCO O RELACION CON EL ACCIDENTADO:	

(1) No repetir datos si el accidentado y el solicitante es el mismo

DATOS ACCIDENTADO	APELLIDOS Y NOMBRE: (1)			N.º AFILIACION S.S.	
	DOMICILIO: (1)			LOCALIDAD:	
	TELEFONO: (1)	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO V ☐ H ☐	SOLTERO ☐ VIUDO ☐	ESTADO CIVIL CASADO ☐ OTROS ☐

(2) Espacios sombreados a rellenar por la Mutua

DATOS LABORALES DEL ACCIDENTADO	NOMBRE DE LA EMPRESA:		N.º C./C. COTIZACION:	
	PROFESION ULTIMA EJERCIDA:		FECHA DE EFECTO:	
	SITUACION LABORAL ACTUAL ☐ EN ACTIVO ☐ DESEMPLEO		CORRIENTE DE PAGO: SI ☐ NO ☐	

DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA ACCIDENTE	FECHA BAJA MEDICA	FECHA ALTA MEDICA	SECUELAS AL ALTA MEDICA:	
	GRADO DE INVALIDEZ	FECHA RECONOCIMIENTO	BASE REG. ANUAL / %	CUANTIA ECONOMICA ACTUALIZADA	
	EN CASO DE FALLECIMIENTO:			FECHA	PRESTACION ECONOMICA

Doc. 01b - Modelo de Solicitud a la Comisión de Prestaciones Especiales

PRESTACION QUE SE SOLICITA	- MOTIVO DE LA SOLICITUD:
	- DESTINO DE LA PRESTACION:
	- CUANTIA SOLICITADA:
	FIRMA DEL SOLICITANTE: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN / SOLICITAN	<u>DOCUMENTOS RECIBIDOS</u>	<u>FECHA SOLICITUD</u>	<u>RECEPCION</u>

INFORME SOCIAL SOBRE EL ESTADO DE NECESIDAD	<u>RESUMEN</u>

Doc. 01c - Modelo de Solicitud a la Comisión de Prestaciones Especiales

CONTROL DE REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none">- AFILIACION Y ALTA TRABAJADOR:- EMPRESA ASOCIADA:- ACCIDENTE:- RECONOC. INCAP. GRADO Y FECHA:- PLAZO DE PRESCRIPCION:- PARENTESCO DEL SOLICITANTE:- CONVIVENCIA Y A S/EXPENSAS:- CARENCIA DE RECURSOS:- OTROS:
-----------------------	---

PROPUESTA TECNICA	
-------------------	--

ACUERDO DE LA COMISION	<p>Vº Bº PRESIDENTE Vº Bº SECRETARIO</p>	<p>FECHA:</p>
------------------------	---	---------------

Doc. 01d - Modelo de Solicitud a la Comisión de Prestaciones Especiales

NUEVOS INFORMES POR ACUERDO DE LA COMISION	<u>SOLICITADOS</u>	<u>RECIBIDOS</u>	
	ACUERDO		
	Vº Bº PRESIDENTE	Vº Bº SECRETARIO	FECHA:

EJECUCION	
	Vº Bº
	FECHA:

Doc. 02 - Parte Oficial de Accidente de Trabajo

C/ Ramírez de Arellano, 27 - 28043 MADRID
Tels: 91 744 51 00 / 91 416 31 00 - Fax: 91 416 56 83

Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social n.º 274

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentarlo lea las correspondientes instrucciones y no escriba en los espacios sombreados.)

TIPO ACCIDENTE 1
RECAIDA 2

	DATOS	ZONA DE GRABACION	DATOS	ZONA DE GRABACION
1. TRABAJADOR	- Apellido 1.º - Nombre - Núm. Libro de matrícula - Sexo (Varón ☐ 1, Mujer ☐ 2) - Ocupación	1 ☐ 2 ☐	- Apellido 2.º - Núm. Afiliación Seguridad Social - Fecha ingreso en la empresa - Fecha de nacimiento - D.N.I. - Grupo cotización S.S. - Antigüedad puesto trabajo (meses) - Convenio u Ordenanza aplicable	
	- Tipo de contrato - Régimen de la Seguridad Social (*) - PRIMA: División ☐ Epígrafe ☐ - Domicilio - Teléfono		- Provincia - Municipio	
2. EMPRESA	- Nombre - Núm. inscripción Seguridad Social - Teléfono - Plantilla		- CIF o DNI - Domicilio - Provincia - Municipio	
3. CENTRO	- Domicilio - Teléfono - Documento asociación núm. - Núm. inscripción Seguridad Social		- Provincia - Municipio - Actividad económica principal	
4. ACCIDENTE	- Fecha del accidente - Lugar del accidente: • En el centro de trabajo habitual ☐ 1 • Desplazamiento en su jornada laboral ☐ 2 • Al ir o al volver del trabajo ☐ 3 • En otro centro o lugar de trabajo ☐ 4 Indíquese nombre y dirección - Hora del día del accidente (1 a 24) - Día de la semana del accidente - Testigo, domicilio y teléfono	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	- Era su trabajo habitual (Si ☐ 1, No ☐ 2) - Fecha de baja médica - Hora de trabajo del accidente (1.º, 2.º, etc.) - Descripción del accidente - Forma en que se produjo (*) - Aparato o agente material causante	1 ☐ 2 ☐
	5. ASISTENCIALES	- Descripción de la lesión (*) - Parte del cuerpo lesionada (*) - Médico que efectúa la asistencia inmediata: • Nombre • Domicilio • Teléfono	- Grado de la lesión: Leve ☐ 1, Grave ☐ 2, Muy Grave ☐ 3 y Fallecimiento ☐ 4 - Tipo de establecimiento { Hospituario ☐ 1, Ambulatorio ☐ 2 } - Establecimiento sanitario	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
6. ECONOMICOS	A) Base de cotización mensual: - En el mes anterior (1) - Días cotizados (2) - Base reguladora A (3) B) Base de cotización al año (4) B.1 - por horas extras B.2 - 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) Indemnización 75% (7)	
	D. en calidad de de la expresada empresa, expide el presente parte a de de a de de (firma y sello)	AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado) C C C		N.º EXPEDIENTE ENTIDAD N.º 274 M

Mut. 37

(*) Los códigos a consignar figuran en las instrucciones (Relación de Códigos a utilizar).

Doc. 03 - Modelo oficial de Relación de Accidentes de Trabajo ocurridos sin baja médica

**RELACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO
OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA (n° 1629)**

MES

AÑO

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

N° INSCRIPCIÓN S.S. C.I.F. o D.N.I. PLANTILLA

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

N° INSCRIPCIÓN S.S. PROVINCIA ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL

RELACION DE ACCIDENTADOS

N°	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		N° AFILIACION A LA SEG. SOCIAL	FECHA ACCIDENTE			FORMA
		VARON	MUJER		DIA	MES	AÑO	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

NO ESCRIBIR SOBRE ESPACIOS SOMBRÉADOS

D. _____ en calidad de _____ de la expresada Empresa, expedo la presente Relación, en _____ de _____ de 19____ (día y mes)

AUTORIDAD LABORAL (sellado y fechado)

Doc. 04 - Parte Oficial de Enfermedad Profesional

PARTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL						Fecha del diagnóstico	
(A cumplimentar por cuadruplicado)						¿Causó baja? (2)	
						SI	NO
N.º documento Asociación			N.º inscripción Libro Registro Sinistros (3)				
Régimen (1)							
1. DATOS DEL TRABAJADOR:							
Apellidos y nombre					N.º Libro Matrícula	N.º afiliación S.S.	Fecha ingreso Empresa
Sexo	Estado Civil	Fecha nacimiento	Oficio	Categoría profesional	Total de horas (4)	Tiempo puesto trabajo	
Domicilio		Localidad	Provincia	Reglamento y/o Convenio Aplicable			
Lugar de nacimiento		D.N.I.	Trabajos que realizaba al diagnosticarse la enfermedad		Trabajos que realizaba anteriormente		
2. DATOS DE LA EMPRESA:							
Nombre o razón social				Plantilla (5)	Actividad	N.º inscrip. Seg. Social	
Domicilio social				Teléfono	Localidad	Provincia	
Ubicación del Centro de trabajo				Teléfono	Localidad	Provincia	
3. DATOS DE LAS EMPRESAS CON RIESGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LAS QUE EL TRABAJADOR HUBIERE PRESTADO SUS SERVICIOS ANTERIORMENTE:							
Nombre o razón social		Domicilio social		Actividad	Fechas de ALTA _____ BAJA _____		
4. DATOS DE LA ENFERMEDAD:							
Clase de enfermedad profesional			Descripción de los trabajos que se consideren causantes de la enfermedad			Tiempo en meses que ha estado expuesto al riesgo	
¿Tiene cartilla Sanitaria? (2)	SI _____ NO _____	Fecha de reconocimiento previo	Fecha del último reconocimiento médico periódico		Diagnóstico		
Descripción de la enfermedad (síntomas principales o predominantes. Cuadro clínico)				Grado de Enfermedad		Carácter del diagnóstico	
				Leve	☐	De certeza	☐ (6)
				Grave	☐	De presunción	☐
				Muy grave	☐		
				Falleció	☐ (6)		
DELEGACION DE TRABAJO (Sellado y fechado)				D. _____ en calidad de _____ de la expresada Empresa, expide el presente Parte, por cuadruplicado, en _____, a _____ de _____ de 19____			
				(Sello y firma)			

Mod. 241

(Sigue al dorso)

Doc. 05 - Modelo de un parte asistencial (documento no oficial)

SOLICITUD DE ASISTENCIA POR ACCTE. DE TRABAJO	
Empresa	N.º de Seguridad Social
Rogamos se preste asistencia médica al trabajador	
Nombre y apellidos	N.º de Afiliación S. Social
que ha sufrido un accidente de trabajo	
Día, Mes, Año	Hora
cuando realizaba las siguientes tareas	
_____ de _____ de _____ Por la Empresa (Firma y sello)	

Doc. 06 - Modelo oficial de parte médico de baja y alta médica

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL
POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES**

MUTUA

DATOS DEL TRABAJADOR
 NÚM. TARJETA SANITARIA _____
 NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL _____
 NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD _____
 SITUACIÓN: ACTIVO DESEMPLEADO
 RÉGIMEN GENERAL AGR. C/ALJENA MAR M. CARBÓN
 NOMBRE _____ 1º APELLIDO _____ 2º APELLIDO _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____

DATOS DE LA EMPRESA
 Nombre de la Empresa _____ Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____
 Entidad pago ITC/P¹ INSS ISM Actividad Empresa _____ Código CNAE _____ Puesto de trabajo _____
 Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)
 ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: _____
 Código CIE-9 MC _____
 Duración estándar DE _____ A _____ días

PRONÓSTICO: Leve Grave Muy grave Fallecimiento

PARTE DE BAJA Fecha del AT o EP _____
PARTE DE ALTA Fecha de la BAJA _____
RECALDA SI NO Fecha del ALTA (*) _____
 P. 9M11 Accidente de Trabajo Enfermedad Profesional Periclas de Observación por E.P.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS
 Firma, Fecha y Sello _____
 Número de colegiado _____

CAUSA DEL ALTA
 Curación Fallecimiento Inspección Médica Propuesta de Invalidez Apagamiento plazo Mejoría que permite realizar trabajo habitual Incomparación

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?
 DÍAS _____ MESSES _____
 Duración estándar DE _____ A _____ días

(*) En los partes de alta, cumplimiento (titular) la acción de la baja

Ejemplar para la Mutua

3A 15680

ESTE DOCUMENTO NO SUPONE RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES QUE PUEDAN DERIVARSE POR ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL HASTA LA ADMISIÓN DEL PARTE EMITIDO POR LA EMPRESA.

Doc. 07a - Listado de direcciones y teléfonos útiles de los responsables de salud laboral

LA SALUD LABORAL EN LOS TERRITORIOS

Como ya sabéis, nuestro sindicato se organiza por Territorios y Federaciones; aquí os ofrecemos direcciones y teléfonos de los departamentos y responsables de salud laboral correspondientes.

CATALUNYA - CONC

Departament de Salut Laboral

Neus Moreno
Via Laietana, 16, 5è.
08003-Barcelona
Telèfon 93 4812780 Fax 93 4812770
Adreça electrònica: salutlab@conc.es

ANDALUCÍA

Departamento de Salud Laboral

José Lagares Rosado
C/ Trajano, 1
41 002 Sevilla
Tel.: 95 422 29 93 Fax: 95 4210616
E-mail: slabo.an@and.ccoo.es

ARAGÓN

Departamento de Salud Laboral

Benito Carrera Modrego
Pº de la Constitución, 12
58008 Zaragoza
Tel.: 976 239185 Fax: 976 212523
E-mail: bcarrera@aragon.ccoo.es

ASTURIAS

Departamento de Salud Laboral

Rubén Díaz Antoñana
C/ Asturias, 9
33004 Oviedo
Tel.: 985 25 79 87 Fax: 985 242391
E-mail: rudiaza.as@asturias.ccoo.es

CANTABRIA

Departamento de Salud Laboral

Jesús María Puente González
C/ Santa Clara, 5 3º
39001 Santander
Tel: 942 227704 Fax: 942 225921
E-mail: slaboral-can@cantabria.ccoo.es

CASTILLA – LA MANCHA

Departamento de Salud Laboral

Maribel Sánchez de la Poza Pintado
Pza. Horno de la Magdalena, 1 1º
45001 Toledo
Tel.: 925 255100 Fax: 925 255752
E-mail: slaboral.cm@cm.ccoo.es

CASTILLA - LEÓN**Departamento de Salud Laboral**

Mariano Sanz
Pza. Madrid, 4, 7º
47001 Valladolid
Tel: 983 391516 Fax: 983 203256
E-mail: saludlab.urcl@cleon.ccoo.es

EUSKADI**Departamento de Salud Laboral**

Jesús Uzkudun Illarramendi
Uribitarte, 4
48001 Bilbao
Tel.: 94 424 34 24 Fax: 943 553824
E-mail: juzkudun@euskadi.ccoo.es

EXTREMADURA**Departamento de Salud Laboral**

Ramón Barco Alcón
San Salvador, 9 3º
06800 Mérida
Tel: 924 319961 Fax: 924 301925
E-mail: slaboral-ex@extremadura.ccoo.es

GALICIA**Departamento de Salud Laboral**

Tensi Álvarez Folgar
C/ General Pardiñas, 26
15701 Santiago de Compostela
Tel.: 981 574400 Fax: 981 562846
E-mail: talvarez@galicia.ccoo.es

LES ILLES BALEARS**Departamento de Salud Laboral**

Andrés Rodríguez Pardo
C/ Francisco de Borja i Moll, 3

07003 Palma de Mallorca

Tel: 971 726060 Fax: 971 719614
E-mail: andres@ccoo.illes.balears.net

CANARIAS**Departamento de Salud Laboral**

José Luis Prats Godoy
C/ Primero de Mayo, 21
35002 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 447500 Fax: 928 447558
E-mail: jlprats@canarias.ccoo.es

MADRID**Departamento de Salud Laboral**

Gregorio Benito Batres
C/ Lope de Vega, 38
28014 Madrid
Tel.: 91 5365315 Fax: 91 5365218
E-mail: slmadrid@usmr.ccoo.es

MURCIA**Departamento de Salud Laboral**

José Cánovas Martínez
C/ Corbalán, 6
30002 Murcia
Tel.: 968 355200 Fax: 968 221867
E-mail: jcanovas@murcia.ccoo.es

PAÍS VALENCIA

Departamento de Salud Laboral
Amparo Martínez Preciado
Pza. Nápoles y Sicilia, 5
46003 Valencia
Tel: 96 3882100 Fax: 96 3882107
E-mail: amparomartinez@pv.ccoo.es

LA RIOJA**Departamento de Salud Laboral**

José Luis Gil López
Milicias, 1 26003 Logroño
Tel.: 941 238144 Fax: 941 257171
E-mail: rioja@rioja.ccoo.es

CEUTA**Departamento de Salud Laboral**

Jorge Jordán Ramírez
General Yagüe, 1 11701 Ceuta
Tel: 956 516243 Fax: 956 517991
E-mail:

MELILLA**Departamento de Salud Laboral**

Manuel Soria González
Pza. 1º de Mayo, s/n, 3º 29804 Melilla
Tel.: 952 676535 Fax: 952 672571
E-mail: melilla@asesora.istas.net

NAVARRA**Departamento de Salud Laboral**

Carmen Sesma Beruete
Navarro Villoslada, 21 31003 Pamplona
Tel: 948 244200 Fax: 948 244311
E-mail: carmen.sesma@navarra.ccoo.es

Doc. 07b - Listado de direcciones y teléfonos útiles de los responsables de salud laboral

LA SALUD LABORAL EN LAS FEDERACIONES

Federación Agroalimentaria

Jesús Villar
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel.: 91 5409266 Fax: 91 5598630
agroalimentaria@agroalimentaria.ccoo.es

Federación de Comercio, Hostelería y Turismo - FEHCOT

Alberto Sánchez Hernández
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel.: 91 5409221 Fax: 91 5597106
E-mail: alsanchez@fecoht.ccoo.es

Federación de Enseñanza

Rafael Villanueva Velasco
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel.: 91 5409203 Fax: 91 5480320
E-mail: rvillanueva@fe.ccoo.es

Federación Minerometalúrgica

Gregorio Huertas Preciado
Fernández de la Hoz, 12 – 2º
28010 Madrid
Tel.: 91 3191944 Fax: 91 3085991
E-mail: ghuertas@fm.ccoo.es

Federación de Sanidad

Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel.: 91 5409285 Fax: 91 5476041

Federación de Comunicación y Transporte

Gabriel Moreno Jiménez
Pza. de Cristino Martos, 4 – 6ª
28015 Madrid
Tel.: 91 5409295 Fax: 91 5481613
E-mail: gmoreno.fct@fct.ccoo.es

Federación Construcción y Madera – FECOMA

Rubén Pinel Ballesteros
Pza. de Cristino Martos, 4, 4ª
28015 Madrid
Tel.: 91 5409216 Fax: 91 5481890
E-mail: rpinel@fecoma.ccoo.es

Federación Industria Textil y Química - FITEQA

Carlos Ezcurra
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel.: 91 5409240 Fax: 91 5482074
E-mail: cezcurra@conc.es

FSAP (Administración Pública)

Pablo Enrique Frutos Rodríguez
C/ Cardenal Cisneros, 65
28010 Madrid
Tel.: 91 5938888 Fax: 91 5934022
E-mail: pfrutos@fsap.ccoo.es

**Federación de Actividades
Diversas**

Carlos Martínez Martínez
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel: 91 540 92 30 Fax: 91 5471711
E-mail: carlospil@arrakis.es

**Federación de Servicios Financieros
y Administrativos - COMFIA**

José Manuel Murcia
Pza. de Cristino Martos, 4
28015 Madrid
Tel: 91 540 92 82 Fax: 91 5482810
E-mail: jmmurcia@comfia.net

Coordinación Confederal de Mutuas

Jesús García Jiménez
Fernández de la Hoz, 12
28010 Madrid
Tel: 91 702 80 61 Fax: 91 3104804
E-mail: mutuas@ccoo.es

Doc. 08 - Ejemplo de encuesta para recoger el grado de satisfacción de los/as trabajadores/as en relación con los servicios prestados por la Mutua¹

Recuerda que... cualquier cuestionario debe tener una presentación o introducción en la que debemos explicar qué nos ha impulsado a seguir esta iniciativa, qué objetivos perseguimos y cómo utilizaremos los resultados...

A modo de ejemplo... En los últimos meses algunas personas se han dirigido a la Sección Sindical de CCOO de nuestro centro para expresar su descontento ante la atención recibida por la Mutua. Pues bien, el cuestionario que tienes en tus manos tiene como objetivo recoger la opinión y percepción de las personas que en los últimos 12 meses han recibido alguna prestación de la mutua, ya sea por problemas de salud profesionales (accidentes de trabajo o enfermedades profesionales), ya sea por problemas de salud relacionados con enfermedades comunes. Tu opinión nos puede ayudar a identificar si existen problemas, cuál es su importancia y qué medidas debemos adoptar para resolverlos.

Por eso, te pedimos que contestes esta breve encuesta. Y, GRACIAS POR TUS APORTACIONES. Nos la puedes hacer llegar al local de la sección sindical de CCOO, o bien, entregarla directamente a los y las delegadas de prevención.

En los últimos 12 meses no he realizado ningún contacto directo con la mutua (FIN DE LA ENCUESTA....)

1. ¿qué opinas sobre el trato recibido por la recepción de la mutua ...?

- malo mediocre bueno excelente

¹ Este cuestionario (ligeramente modificado) ha sido elaborado por parte del Comité de Seguridad y Salud (delegados y delegadas de prevención y técnicos del Servicio de Prevención) del Ajuntament de l'Hospitalet.

2. ¿recuerdas el tiempo aproximado de espera para ser atendido por el personal de enfermería o médico?
- Menos de 15 minutos de 15 a 30 minutos
 de 1/2 a 1 hora más de una hora
3. si recibiste atención de enfermería ¿qué opinas sobre el trato recibido?
- malo mediocre bueno excelente
4. ¿qué opinas sobre el trato recibido por el personal médico?
- malo mediocre bueno excelente
5. ¿qué opinas sobre la exploración médica que te realizaron?
- malo mediocre bueno excelente
6. ¿recuerdas el diagnóstico que te dio el personal médico?
7. ¿qué opinas de la explicación que te dieron en relación al diagnóstico?
- malo mediocre bueno excelente
8. ¿recuerdas el tratamiento que te indicaron?

9. ¿qué opinas de la explicación que te dieron en relación al tratamiento que debías seguir?

- malo mediocre bueno excelente

10. ¿recuerdas si te preguntaron en qué consiste tu trabajo para valorar si era conveniente la baja?

- SI NO No lo recuerdo

SI TE DIERON LA BAJA PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA nº 12

11. ¿Crees que hubieses necesitado la baja?

En caso afirmativo explica tus motivos:

- SI NO No lo se

12. explica el seguimiento médico que te realizaron antes de darte la baja

13. ¿qué opinas del seguimiento que te realizaron?

- malo mediocre bueno excelente

14. ¿consideras qué te dieron el alta en el tiempo adecuado?

SI

NO

No lo se

En caso negativo explica tus motivos:

15. ¿has tenido que recurrir a la Seguridad Social o a la Medicina Privada por el mismo problema?

SI

NO

En caso afirmativo explica tus motivos:

16. ¿tienes alguna reclamación, queja o crítica del servicio recibido?

SI

NO

En caso afirmativo explica tus motivos:

17. ¿podrías hacer alguna sugerencia o propuesta personal orientada a mejorar el servicio que ofrece la mutua...?

SI

NO

En caso afirmativo explícala o explícalas:

Doc. 09 - Modelo de escrito solicitando información a la empresa

MODELO DE SOLICITUD A LA EMPRESA

Población, fecha, mes año

A LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA.....

Los abajo firmantes, en calidad de Delegados de (prevención, personal, sindicales) se dirigen a la dirección de esta empresa para solicitar la siguiente información:

.....
.....
.....

Dicha información la solicitamos al amparo de lo establecido en el art. ... apartado... letra... de la Ley/Orden/ Real Decreto/...

Solicitamos que dicha información se nos sea facilitada antes del plazo de ... días desde la fecha de recepción de este escrito, por ello le solicitamos firme la presente al sólo efecto de acuse de recibo.

Sin más, atentamente

Recibí la empresa

Los/as Delegados/as

DE ESTE DOCUMENTO SE TRASLADA COPIA A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO A EFECTOS DE REGISTRO.

Doc. 10 - Ejemplo de convenio de colaboración en el supuesto de que la empresa contrate con la mutua la gestión económica de las bajas por causas comunes

En, a de de 2005

REUNIDOS

De una parte el/a señor/a, en su calidad de, de la Empresa

De otra parte el/a señor/a, en su calidad de representante de la Mutua

Y de otra parte la representación de los trabajadores, formada por:

Señor/a.....

Señor/a.....

Señor/a.....

MANIFIESTAN:

Que ante la insuficiencia de las disposiciones reglamentarias sobre el contenido y forma del ejercicio de las funciones correspondientes a la gestión de la cobertura de la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contin-

gencias Comunes y en lo que hace referencia a los mecanismos de participación y control sindical desde la empresa, así como sobre las garantías de confidencialidad.

Que al objeto de lograr una mayor eficacia y transparencia en la gestión encomendada por la Empresa a la Mutua, que a su vez respete los derechos tanto de las personas que están en situación de IT, prevista por la Ley, como los derechos de la Empresa.

Que siendo la mejora de la salud y las condiciones de trabajo un beneficio para todas las partes implicadas, como fruto de la colaboración entre ellas,

Atendiendo a lo anterior:

ACUERDAN :

- 1) La constitución de una comisión paritaria, Empresa-trabajadores, para el seguimiento de las prestaciones que la mutua tenga contratadas con la empresa, ya sean estas la gestión económica del subsidio por IT por CC, la vigilancia de la salud, la gestión de la IT por AT o enfermedad profesional y su atención sanitaria y/o la prestación de servicio de prevención.
- 2) Para mayor agilidad y aprovechamiento de recursos, la comisión paritaria antes citada coincidirá en su composición y personas con el comité de Seguridad y Salud, constituido en la empresa en base al artículo 38 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- 3) La comisión paritaria creada en virtud de estos acuerdos, tendrá un régimen de reuniones coincidente con el del comité de seguridad y salud. De la misma forma que lo establecido para éste comité en el 3r. párrafo del punto 2 del antedicho artículo 38 "podrán asistir a la comisión paritaria: técnicos ajenos a la empresa, que en este caso serán personas pertenecientes a la plantilla de la mutua".

- 4) Con el objetivo de conseguir mayor fluidez de funcionamiento de la comisión paritaria, cada una de las partes nombrará sus portavoces. Las comunicaciones entre las partes se realizarán a través de esta figura.
- 5) La comisión paritaria resolverá en su seno las cuestiones de interpretación que puedan surgir como consecuencia de la aplicación de los criterios generales de actuación que se determinan en estos acuerdos, u otros de diversa índole, que puedan surgir en el desarrollo de sus funciones.

A partir de la firma de los presentes acuerdos, y para mayor eficiencia en el cometido de la comisión paritaria, se establecen los siguientes :

CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

1. La mutua realizará directamente, con medios propios, la gestión económica de la IT por contingencias comunes, así como su control.
2. La mutua realizará los controles de baja en sus servicios y instalaciones.
3. Si ha de producirse el desplazamiento de la persona con IT a las instalaciones de la mutua, el gasto del transporte público irá a cargo de ésta última.
4. En el caso de imposibilidad de desplazamiento por parte de la persona en situación de IT, será suficiente justificación la opinión clínica del médico de cabecera.
5. La persona con IT, no será citada por la mutua en ningún caso fuera de la ciudad de residencia, para efectuarle revisión médica de baja.
6. Si la mutua determina presentar propuesta de alta médica a la inspección del Instituto Nacional de la Seguridad Social, informará previamente a la persona interesada del contenido de la propuesta.

7. Ante la propuesta de la mutua de realizar atención médica, quirúrgica o de pruebas complementarias al trabajador o trabajadora en situación de IT por cc, serán éstos ampliamente informados de la propuesta. Será imprescindible el consentimiento expreso de la persona interesada y tendrá el tiempo suficiente para realizar las consultas que crea necesarias, antes de dar su conformidad.

8. Para rentabilizar la información de la que dispone la mutua sobre la situación general de la salud de los trabajadores y trabajadoras y poder analizar las distintas causas que influyen en el ámbito del trabajo en esta situación de salud, y para que, conjuntamente, trabajadores, empresa y técnicos de la mutua puedan proponer actuaciones al comité de seguridad y salud. La mutua se compromete a informar, trimestralmente, a la comisión mixta de los temas siguientes:
 - Metodología y forma de procesamiento de los datos clínicos de los trabajadores y trabajadoras para preservar su confidencialidad.
 - Número de personas en IT, desagregado por patologías, diferenciando contingencias comunes, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y atención “no causa baja”.
 - Así mismo pasará relación por edad, sexo, categoría, sección de trabajo, etc.
 - Propuestas de alta presentadas al INSS.
 - Memoria anual de actividad con relación a la empresa. Por su parte, la empresa se compromete a informar a la comisión mixta de lo siguiente:
 - Fechas de altas, bajas y coste de las prestaciones económicas, (TC1 y TC2).

— Evolución del absentismo por IT (CC, AT, EP).

De conformidad con los acuerdos adoptados en el presente documento, se firma por las partes en lugar y fecha reseñado al comienzo de este escrito.

Por la empresa

Por la Mutua

Por los trabajadores

A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

D....., mayor de edad, y con D.N.I. nº
....., y domicilio a efectos de citaciones y notificaciones en
....., C/.....ante esta
Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, comparezco y

EXPONGO:

Que en mi calidad de Delegado (*determinar si es de prevención, de personal, sindical, etc...*) de la empresay con el último domicilio conocido enc/....., dedicada a, mediante el presente escrito formula contra la misma (*y/o contra la mutua, en tal caso habrá que especificar los datos identificativos de la mutua*) **DENUNCIA** por posible infracción de la normativa de (*determinar si es de prevención de riesgos laborales, seguridad social y/o laboral*).

En base a los siguientes

HECHOS:

(*determinar exclusivamente que ha pasado*)

PRIMERO.-.....

SEGUNDO.-.....

A los hechos acabados de referir son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

(determinar exclusivamente los artículos y normas jurídicas aplicables)

I.- Artículo.....

II.- Artículo.....

Por todo lo expuesto

SOLICITO:

Que se tenga por presentada esta denuncia con todas sus copias contra la empresa (*y/o mutua*)....., la admita a trámite y a la vista de todo lo expuesto, compruebe la veracidad de la misma practicando la oportuna visita a la empresa en la mayor brevedad, y proceda a realizar a la empresa (*y/o mutua*) los siguientes requerimientos:

-
-
- (*determinar que cosas concretas se pretende que realice la empresa y/o la mutua*).

Y asimismo, levante las correspondientes Actas de Infracción si procediese, teniéndome por parte a todos los efectos en mi condición de interesado y notificándome el resultado de las gestiones. También interesa al firmante que se requiera su presencia, en su caso, en el momento de proceder a la inspección.

(Lugar y fecha)

Firma