

# **NOMBRE DEL SOFTWARE DE RIESGOS PROFESIONALES ACCIDENTES DE TRABAJO**



**OFICINA ASESORA DE PLANEACION**

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION**

**NOMBRE DEL SOFTWARE DE RIESGOS**

**PROFESIONALES**

**ACCIDENTES DE TRABAJO**



Este manual es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad.

Elaboró: RUTH JIMENA INSUASTY D. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Universitario	Aprobó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Universitario
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 06-08-2013	Fecha: 06-08-2013	Fecha: 06-08-2013

## MANUAL DE SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES – REGISTRO DE ACCIDENTE DEL SECTOR INFORMAL

1. Acceder a Internet mediante internet Explorer
2. En la url digitar <http://www.idsn.gov.co/riesgos>



Instituto Departamental de Salud de Nariño

**RIESGOS PROFESIONALES**

Usuario:

Contraseña:

Aceptar Cancelar

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

3. **Usuario:** Digitar el nombre de usuario asignado a su entidad  
**Contraseña:** Digitar la contraseña asignada a su entidad



Usuario:

Contraseña:

Aceptar Cancelar

4. Una vez que haya ingresado al sistema con su nombre de usuario y contraseña Correcta, aparece la siguiente ventana en donde le permitirá ingresar a las diferentes opciones



5. Ingresar la información a **Accidente de Trabajo**

RIESGOS PROFESIONALES					
DATOS PERSONALES					
* Tipo de Identificación:	* No. de Identificación:	* Primer Nombre:	Segundo Nombre:	* Primer Apellido:	Segundo Apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Género:	* F. Nacimiento:	* Dirección:	* Zona:	Teléfono:	
<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* Tipo de Afiliación:	<input type="text"/>				
* IPS:	<input type="text"/>				
* ESE:	<input type="text"/>				
* AFP:	<input type="text"/>				
GOTI (GRUPO ORGANIZADO DE TRABAJADORES INFORMALES)					
* GOTI:	* Tiene permiso para laborar:	* Tipo de Venta:			
<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="text"/>			
* Ocupación/Oficio:	* Tipología del Oficio:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
* F. Inicio:	* Horas de trabajo al día:	* Horario de Trabajo:		* Salario Mensual Promedio:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Hasta <input type="text"/>		<input type="text"/>	
REGISTRO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO					
* Fecha AT y/o IT:	* Día AT y/o IT:	* Hora AT y/o IT:	* Realizaba Labores:	* Causó Muerte:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
* Lugar AT y/o IT:	* Tiempo Laborado:		* Dirección AT y/o IT:	* Zona Accidente:	
<input checked="" type="radio"/> Puesto de Trabajo <input type="radio"/> Fuera Puesto de Trabajo <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana	

<p><b>* Sitio AT y/o IT</b></p> <input type="checkbox"/> Aceras <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Oficina GOTI <input type="checkbox"/> Areas de Recreación <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otra	<p><b>* Tipo de Accidente</b></p> <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Tránsito <input type="checkbox"/> Deportivo <input type="checkbox"/> Recreativo o Cultural <input type="checkbox"/> Propios del Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<p><b>* Tipo de Lesión</b></p> <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Envenenamiento, Intoxicación, Alergia <input type="checkbox"/> Conmoción o Trauma Interno <input type="checkbox"/> Amputación o Enucleación	<input type="checkbox"/> Trauma Superficial <input type="checkbox"/> Golpe o Contusión o Aplastamiento <input type="checkbox"/> Efecto de la Electricidad <input type="checkbox"/> Efectos Tiempo, Clima, Ambiente <input type="checkbox"/> Efecto Nocivo de la Radiación <input type="checkbox"/> Lesiones Múltiples <input type="checkbox"/> Torcedura, Esguince, Desgarro, Hernia, Laceración, Sin Herida <input type="checkbox"/> Otra
<p><b>* Partes del Cuerpo Afectadas</b></p> <p>Cabeza: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Ojo: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Cuello: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Tronco: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Torax: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Abdomen: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Miembros Superiores: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Manos Dedo 1 2 3 4 5: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Miembros Inferiores: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Pies: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Ubicaciones Múltiples: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p> <p>Lesiones Generales u Otras: <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambos <input checked="" type="radio"/> No Especificada</p>			
<p><b>* Agente del Accidente</b></p> <input type="checkbox"/> Medios de Transporte <input type="checkbox"/> Aparatos <input type="checkbox"/> Materiales o Sustancias <input type="checkbox"/> Radiaciones <input type="checkbox"/> Ambientes de Trabajo <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Herramientas, Implementos o Utensilios <input type="checkbox"/> Otros Agentes No Clasificados <input type="checkbox"/> Sin Dato	<p><b>* Mecanismo o Forma del Accidente</b></p> <input type="checkbox"/> Caída de Personas <input type="checkbox"/> Caída de Objetos <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Pisadas, Choques o Golpes <input type="checkbox"/> Sobreesfuerzo, Esfuerzo Excesivo o Falso Movimiento <input type="checkbox"/> Exposición o Contacto con Temperatura Extrema <input type="checkbox"/> Exposición o Contacto con Electricidad <input type="checkbox"/> Exposición o Contacto con Sustancias Nocivas o Radiaciones o Salpicaduras <input type="checkbox"/> Exposición o Contacto con Objetos Cortopunzantes <input type="checkbox"/> Otro		

- **Tipo de Identificación:** Seleccione el tipo de identificación
- **No de Identificación:** Digite el numero de identificación de la persona
- Si el paciente ya esta registrado, aparcera los datos basicos
- **Primer Nombre:** Digite el primer nombre del menor (campo obligatorio)
- **Segundo Nombre:** Digite el segundo nombre del menor
- **Primer Apellido:** Digite el primer apellido del menor (campo obligatorio)
- **Segundo Apellido:** Digite el segundo apellido del menor
- **Genero:** Active la casilla según sea el caso
- **Fecha de nacimiento:** seleccione el dia mes y año de nacimiento.
- **Zona:** seleccione la zona a la que pertenece el menor :
- **Tipo de afiliación :** Seleccionar el regimen de afiliación según sea el caso Contributivo, Subsidiado, vinculado, particular, Desplazado Contributivo, Desplazado Subsidiado, Desplazado vinculado,
- **Clase de afiliación:** Seleccionar si el usuario es beneficiario y cotizante
- **EPS:** Seleccionar la aseguradora a la cual pertenece el paciente
- **Aseguradora:** Seleccionar la aseguradora a la que se encuentra afiliado el paciente, si el paciente pertenece a regimen vinculado y particular. La aseguradora puede ir en vacio o seleccionar Ninguno.
- **Goti :** seleccionar el grupo de trabajadores informales al que pertenece el paciente

- **Tiene permiso para laborar:** Marcar segunsea el caso Si o No
- **Tipo de Venta:** Marcar si el tipo de venta es Estacionario, semiestacionario, Ambulante,Otro.
- **Ocupación u Oficio:** Ingresar la ocupación a la cual se dedica l apersona
- **Fecha Inicio:** Fecha de inicio al trabajo.
- **Dia de Accidente de Trabajo:** Seleccionar si el accidente fue (Lunes, Martes, Miercoles,jueves, Viernes, Sabdo, Domingo)
- **Hora Accidente Trabajo:** Seleccionar la accidente de trabajo
- **Realizaba labores:** Seleccionar si o No estaba realizando labores de su trabajo
- **Causo Muerte:** Seleccionar si el accidentado murio o no
- **Lugar Accidente de trabajo:** Seleccionar si el accidente fue en el puesto de trabajo, Fuera del puesto de trabajo, otro
- **Tiempo Laborado:** Ingresar el tiempo laborado en el dia ( horas /minutos)
- **Direccion Accidente:** Ingresar la información del accidente
- **Zona Accidente:** Seleccionar la zona en donde fue el accidente( Urbana o rural)
- 

6. **GENERAR REPORTES:** al dar click sobre la opción de generar reportes aparece la siguiente ventana

Municipio: Sandoná Cerrar Sesión

**RIESGOS PROFESIONALES**

ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SADOHA

Salir Anterior Inicio

Fecha Accidente:  Hasta

Edad1:  Edad2:

Aceptar Regresar

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Para la generación del reporte se debe seleccionar el rango de fechas, fecha inicial y fecha final que ocurrió el accidente, y dar click en el botón ACEPTAR, si se genera de forma correcta el reporte aparece un link con el nombre del reporte, esperar hasta que abra Microsoft Excel, si se requiere se puede guardar el reporte en la ubicación y nombre que se desee.

7. ELIMINAR: Opción que permite eliminar un registro que se ha ingresado inadecuadamente.

Se digita el número de identificación y se da click en aceptar, aparece la siguiente ventana

Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha Accidente	Hora Accidente	Fecha Registro al sistema
87952186	jose	braulio	martinez		13/09/2010	4:10pm	14/11/2010

Se selecciona el registro a eliminar y se da click en el icono



## MODULO ADMINISTRATIVO



Usuario:

Contraseña:

- Ingresa por la misma ruta del modulo de municipio,
1. **Usuario:** Digitar el nombre de usuario del administrador  
**Contraseña:** Digitar la contraseña asignada al administrador



**Instituto Departamental de Salud de Nariño**

# RIESGOS PROFESIONALES

Usuario: root Cerrar Sesión

MODULO ADMINISTRATIVO

**Administrar Tablas**      **Reportes Accidentes Trabajo**      **Reportes Personas**

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

- **Administrar Tablas:** Opción que permite insertar, modificar y eliminar, usuarios para que manejen el sistema.



LISTADO DE USUARIOS			
	Usuario	Entidad	Municipio
<input type="radio"/>	la llanada	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO	La Llanada
<input type="radio"/>	la tola	ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	La Tola
<input type="radio"/>	ancuya	ESE HERMES ANDRADE MEJIA	Ancuya
<input type="radio"/>	arboleeda	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	Arboleeda
<input type="radio"/>	barbacoas2	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE BARBACOAS	Barbacoas
<input type="radio"/>	belen	E.S.E. CENTRO DE SALUD BELEN	Belén
<input type="radio"/>	buesaco	E.S.E. CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LOURDES	Buesaco
<input type="radio"/>	chachagui	E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	Chachagui
<input type="radio"/>	charco	ESE SAGRADO CORAZON DE JESUS	El Charco
<input type="radio"/>	colon	ESE LA BUENA ESPERANZA	Colon (genova)
<< < Página 1 de 30 > >> TOTAL REGISTROS 297			

- **Insertar:** Opción que permite ingresar usuarios al sistema

TIPOS DE ENTIDADES	
Nueva Entidad	
<b>Información General de la entidad</b>	
* Municipio:	Pasto <input type="button" value="v"/>
* Nombre de la entidad:	<input type="text"/>
* Responsable:	<input type="text"/>
* usuario:	<input type="text"/>
* Contraseña:	<input type="text"/>
* Tipo Usuario:	Entidad <input type="button" value="v"/>
<input type="button" value="Insertar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

- **Modificar:** Opción que permite modificar los usuarios del sistema

TIPOS DE ENTIDADES	
Nueva Entidad	
<b>Información General de la entidad</b>	
* Municipio:	Ancuya <input type="button" value="v"/>
* Nombre de la entidad:	ESE HERMES ANDRADE MEJIA
* Responsable:	ESE HERMES ANDRADE MEJIA
* usuario:	ancuya
* Nueva Contraseña:	<input type="text"/>
* Tipo Usuario:	Entidad <input type="button" value="v"/>
<input type="button" value="Modificar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

2. **REPORTES:** Opción que permite generar reporte de las variables de salud sexual y reproductiva, consolidado de todo el Departamento, se puede seleccionar el nombre del municipio si se requiere seleccionar el nombre del municipio según la necesidad.

Usuario: root Cerrar Sesión

**MODULO ADMINISTRATIVO**

Tipo de Reporte:  Regimen:

Fecha Inicial Consultas:  Fecha Final Consultas:

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Para la generación del reporte se debe seleccionar el Tipo de reporte, Regimen, rango de fechas, fecha inicial y fecha final que se realizaron las atenciones, se selecciona el regimen o TODOS si se requiere generar deamiento, luego se da click en el botón ACEPTAR, si se genera de forma correcta el reporte aparece un link con el nombre del reporte, esperar hasta que abra Microsoft Excel, si se requiere se puede guardar el reporte en la ubicación y nombre que se desee.

3. **REPORTES PERSONAS:** Reportes que permite conocer todas la s personas que han tenido accidentes de trabajo del sector informal en la fecha seleccionada, por municipio.



# RIESGOS PROFESIONALES

Usuario: root Cerrar Sesión

MODULO ADMINISTRATIVO

Fecha Accidente:   Hasta    
 Municipio:    
 Edad1:   Edad2:

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Para la generación del reporte se debe seleccionar el rango de fechas, fecha inicial y fecha final que ocurrió el accidente, se selecciona el municipio, se selecciona el rango de fechas a consultar y luego se da click en el botón ACEPTAR, si se genera de forma correcta el reporte aparece un link con el nombre del reporte, esperar hasta que abra Microsoft Excel, si se requiere se puede guardar el reporte en la ubicación y nombre que se desee.

### MODULO DIRECCIONES LOCALES



**Usuario:**

**Contraseña:**

- Ingresa por la misma ruta del modulo de municipio,
4. **Usuario:** Digitar el nombre de usuario del usuario de la dirección Local
  - Contraseña:** Digitar la contraseña asignada a la Dirección Local



## RIESGOS PROFESIONALES

Usuario: dispasto

[Cerrar Sesión](#)

MODULO ADMINISTRATIVO



Reportes  
Accidentes Trabajo



Reportes  
Personas

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

- 1. REPORTES ACCIDENTES DE TRABAJO:** Opción que permite generar reporte de los accidentes de trabajo consolidado de todo el Municipio,
- 2. REPORTES PERSONAS:** Reportes que permite conocer todas las personas que han tenido accidentes de trabajo del sector informal en la fecha seleccionada, por Institución.