



## LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

### *Capítulo II*

### *De la declaración de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales*

#### De la declaración

**Artículo 73.** El empleador o empleadora debe informar de la ocurrencia del accidente de trabajo de forma inmediata ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, el Comité de Seguridad y Salud Laboral y el Sindicato.

La declaración formal de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales deberá realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

El deber de informar y declarar los accidentes de trabajo o las enfermedades ocupacionales será regulado mediante las normas técnicas de la presente Ley.

#### Otros sujetos que podrán notificar

**Artículo 74.** Sin perjuicio de la responsabilidad establecida en el artículo 73, podrán notificar al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales la ocurrencia de un accidente de trabajo o una enfermedad ocupacional, el propio trabajador o trabajadora, sus familiares, el Comité de Seguridad y Salud Laboral, otro trabajador o trabajadora, o el sindicato. El Instituto también podrá iniciar de oficio la investigación de los mismos.

#### Participación de los cuerpos policiales u otros organismos

**Artículo 75.** En caso de accidente de trabajo que amerite la intervención de los cuerpos policiales u otros organismos, éstos informarán de sus actuaciones al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales.

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*



**INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES**  
**PRESIDENCIA**

Edificio Luz Garden. Entre las Esquinas de Manduca a Ferrenquín. 7mo piso La Candelaria.  
Caracas, Venezuela. Web: [www.inpsasel.gov.ve](http://www.inpsasel.gov.ve)

---

## **Direcciones Estadales de Salud de los Trabajadores**

### **DIRESAT ANZOÁTEGUI, SUCRE, MONAGAS Y NUEVA ESPARTA**

Av. Libertad, Qta. Margarita una cuadra antes del Hotel Teramún.  
Lechería, Estado Anzoátegui.  
Telf.: 0281 2817490 / 2816457

### **DIRESAT ARAGUA, GUÁRICO Y APURE**

Urbanización Residencial La Romana, Av. Miranda. Quinta B – 12.  
Maracay, Estado Aragua.  
Telf.: 0243 – 5532147 Telefax: 0243 – 5546617

### **DIRESAT BOLÍVAR, AMAZONAS Y DELTA AMACURO**

Campo B2, Ferrominera, Carrera Ecuador, Casa N° 105.  
Puerto. Ordaz, Estado Bolívar.  
Telf.: 0286 – 9232831 Telefax: 0286 – 9234010

### **DIRESAT CARABOBO**

Av. Sucre con calle Briceño. Medicina del Trabajo,  
antiguo Seguro Social de Guacara,  
Valencia, Estado Carabobo.  
Telf: 0245 – 5643721 Telefax: 0245 – 5643947

### **DIRESAT DISTRITO CAPITAL y VARGAS**

Calle 1, Av. Las Fuentes, Quinta Sorrento, El Paraíso.  
Caracas, Distrito Capital.  
Telf.: 0212 – 4629020 Telefax: 4512958.

### **DIRESAT MIRANDA**

Calle 2, Torre Emmsa, piso 2. La Urbina.  
Municipio Sucre, Estado Miranda

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*



**INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES**  
**PRESIDENCIA**

Edificio Luz Garden. Entre las Esquinas de Manduca a Ferrenquín. 7mo piso La Candelaria.  
Caracas, Venezuela. Web: [www.inpsasel.gov.ve](http://www.inpsasel.gov.ve)

---

#### **DIRESAT LARA, TRUJILLO Y YARACUY**

Av. Morán, con carrera 23, casa n° 22 – 93.  
Al lado del Consulado de Portugal.  
Barquisimeto, Estado Lara.  
Telf.: 0251 – 2526111 Telefax: 0251 – 2679643

#### **DIRESAT TÁCHIRA Y MÉRIDA**

Esquina calle 8 con 5ta Avenida, Torre E, Piso 1.  
San Cristóbal, Estado Táchira.  
Telf.: 0276 – 3421847 Telefax: 0276 – 3415785

#### **DIRESAT FALCÓN**

Calle Bolivia, entre calles Comercio y Arismendi,  
Edif. Banvenes, planta baja. Punto Fijo, Estado Falcón.  
Telf.: 0269 – 2473119

#### **DIRESAT ZULIA**

Av. 100 Sabaneta Larga, Centro Ambulatorio de Sabaneta – IVSS  
entrando por Odontología.  
Maracaibo, Estado Zulia.  
Telf.: 0261 – 6116545 Fax: 0261 – 7237129

#### **DIRESAT PORTUGUESA, BARINAS Y COJEDES**

Av. 13 de Junio con callejón 2, Qta. Corina. Sector  
La Romana a 200 mts del Monumento La Espiga.  
Acarigua, Estado Portuguesa.  
Telf.: 0255 – 6221082 Telefax: 0255 – 6213503

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Prtagónica y del Poder Popular”*

## **INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE “NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE LABORAL”**

El presente instructivo deberá ser utilizado por los empleadores, para efectuar la notificación de accidente, establecida en el artículo 19, ordinal 2 de la Ley Orgánica de prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Se deberán presentar ante la Unidad Técnico Administrativa del Inpsasel un (1) original y dos (2) copias, de las cuales se devolverá un ejemplar sellado al empleador.

El cuadro que indica el “**Número de Registro**” deberá ser dejado en blanco, pues es de uso exclusivo del Inpsasel.

En primer lugar deberá rellenar la casilla que indica si el accidente es de trabajo o común. A continuación llenará el resto del formato de acuerdo con las siguientes

### **INSTRUCCIONES**

#### **I.- DATOS DEL ACCIDENTADO**

1. **APELLIDOS:** Indique el (los) apellido (s) de la persona que sufrió el accidente.
2. **NOMBRES:** Escriba el (los) nombre (s) de la persona que sufrió el accidente.
3. **ASEGURADO:** Rellene el recuadro correspondiente, “Si” en caso de que el trabajador accidentado esté afiliado a la seguridad social (IVSS) o “No” en caso de que no lo esté.
4. **CÉDULA DE IDENTIDAD:** Coloque el número de cédula del trabajador accidentado.
5. **FECHA DE NACIMIENTO:** Coloque el día, mes y año de nacimiento del trabajador accidentado.
6. **EDAD:** Coloque la edad en años de la persona accidentada para la fecha del accidente.
7. **NACIONALIDAD:** Rellene el recuadro “V” si la nacionalidad del trabajador accidentado es venezolana o “E” si es extranjera.
8. **SEXO:** Rellene el recuadro correspondiente: “M” si la persona accidentada es masculino o “F” si es femenino.
9. **MANO DOMINANTE:** Rellene el recuadro que indique zurdo “zur” o derecho “der”, según corresponda al trabajador accidentado.
10. **ESTADO CIVIL:** Rellene al casilla indicando el estado civil del trabajador accidentado: “S” Soltero, “C” Casado, “D” Divorciado, “V” Viudo o “Co”, Concubino.
11. **NÚMERO DE HIJOS:** Escriba en números, la cantidad de hijos del trabajador accidentado.
12. **CATEGORÍA DE OCUPACIÓN:** Rellene la casilla según corresponda a la categoría de ocupación de la persona accidentada, atendiendo a las siguientes definiciones:

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*

- Empleado:** Se entiende por empleado el trabajador en cuya labor predomina el esfuerzo intelectual o no manual. Deben incluirse jefes administrativos, técnicos investigadores, personal de secretaria, vendedores y encargados que no sean capataces.
- Obrero:** Se entiende por obrero al trabajador en cuya labor predomina el esfuerzo manual o material. Deben incluirse supervisores de taller, capataces, operarios de fabricación y montaje, personal de reparación, limpieza, mantenimiento y otros servicios auxiliares.
- Otros:** Incluye a todas las personas que no abarcan las definiciones anteriores. Estas pueden ser propietarios y socios activos, trabajadores familiares no remunerados, gerentes, directores y aprendices.
13. NIVEL EDUCATIVO: Indique en el recuadro correspondiente, la rama del nivel educativo del trabajador accidentado. Ejemplo: iletrado, primaria, secundaria, técnica o superior. La categoría superior incluye Universitario, Institutos Pedagógicos e Institutos Tecnológicos.
  14. GRADO APROBADO: escriba el grado o año aprobado de acuerdo al nivel educativo, excepto en el caso de ser iletrado.
  15. FECHA DE INGRESO: Indique el día, mes y año en que el trabajador accidentado ingresó a la empresa.
  16. SUELDO O SALARIO: Indique el monto del sueldo mensual, salario semanal o salario diario del trabajador accidentado, marcando la casilla M para mensual, S para semanal o D para salario diario.
  17. HORARIO DE TRABAJO: Coloque el horario regular de trabajo de la persona accidentada. En caso de laborar en horarios rotativos, indique el horario que cumplía el trabajador al momento del accidente.
  18. OFICIO U OCUPACIÓN: Indique el oficio u ocupación de la persona accidentada. Ejemplo: cocinera, mecánico, electricista, ingeniero químico, entre otros.
  19. CÓDIGO DE OCUPACIÓN: Indique el código de ocupación establecido en la norma COVENIN 474 vigente.
  20. ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO: Indique el tiempo en años y meses de antigüedad que el trabajador accidentado tiene en el puesto de trabajo.
  21. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: Indique la dirección de habitación del trabajador accidentado.
  22. ESTADO: Indique la entidad federal o estado donde reside el accidentado.
  23. CIUDAD: Indique la ciudad donde reside la persona accidentada.
  24. MUNICIPIO: Indique el municipio donde reside la persona accidentada.
  25. PARROQUIA: Indique la parroquia donde reside el accidentado.
  26. TELÉFONO: Indique el número teléfono móvil o residencial del trabajador accidentado.

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*



## II.- DATOS DEL EMPLEADOR

27. **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:** Indique el nombre con el cual se encuentra registrada la empresa en el Registro Mercantil, tomando en cuenta el tipo de organización jurídica. Ejemplo TAPICERÍA XYZ, S.R.L.; AGENCIA DE VIAJES ABC, C.A.; LIBRERÍA XXX, S.A.; etc. Si se trata de una empresa contratista agregue además el número de contrato.
28. **REPRESENTANTE LEGAL:** Escriba el (los) nombre (s) y apellido (s) del representante legal de la empresa.
29. **NÚMERO DEL REGISTRO INFORMACIÓN FISCAL R.I.F.:** Indique tanto las letras como los números que identifican a la empresa ante el SENIAT.
30. **NÚMERO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA:** Indique tanto las letras como los números que identifican a la empresa ante el SENIAT.
31. **NÚMERO PATRONAL ANTE EL IVSS:** Indique tanto las letras como los números que identifican a la empresa ante el IVSS.
32. **DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:** Indique la dirección exacta donde la empresa desarrolla su actividad,
33. **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** Indique la dirección de correo electrónico de la empresa si la tiene.
34. **ACTIVIDAD ECONÓMICA:** La actividad se determina por los principales tipos de bienes y servicios que elabora, vende o trasfiere el establecimiento.
35. **CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA:** escriba el código de actividad económica que corresponda según Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas.
36. **NÚMERO DE TRABAJADORES:** Indique el total de personas que en el mes anterior a la fecha del accidente, se encontraban en la nómina de la empresa o establecimiento, realizando labor, remunerada o no, para el establecimiento. Deben incluirse las personas ocupadas en uso de licencias cortas, vacaciones, permisos y en huelga. Se excluyen las personas en uso de licencias indefinidas y las pensionadas.
37. **ESTADO:** Indique el estado donde la empresa desarrolla su actividad.
38. **CIUDAD:** Indique la ciudad donde la empresa desarrolla su actividad.
39. **MUNICIPIO:** Indique el municipio donde la empresa desarrolla su actividad.
40. **PARROQUIA:** Indique la parroquia donde la empresa desarrolla su actividad.
41. **TELÉFONO-FAX:** Indique número telefónico o de fax de la empresa.
42. **¿TIENE ÓRGANO DE SEGURIDAD LABORAL?:** Rellene la casilla correspondiente, indicando "SI", en el caso de contar en la estructura organizativa con un departamento, órgano o sistema de seguridad laboral o "NO" en caso contrario.

*"2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagonica y del Poder Popular"*

43. ¿EXISTE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES?: Marque el recuadro la casilla que indica “SI” en caso de tener el programa o en su defecto la casilla que indica “NO”.
44. ¿ESTÁ REGISTRADO EL COMITÉ DE HIGIENE Y SEGURIDAD?: Rellene la casilla correspondiente si está o no registrado el Comité de Higiene y Seguridad Laboral.
45. ¿FUE NOTIFICADO EL ACCIDENTADO POR ESCRITO DE LOS RIESGOS DE SU LABOR? Responda la pregunta si el trabajador fue notificado por escrito de los riesgos inherentes a su labor y rellene la casilla que corresponda según sea el caso.
46. ¿RECIBIÓ EL ACCIDENTADO INSTRUCCIÓN EN HIGIENE Y SEGURIDAD? Rellene en el recuadro la casilla que corresponda.
47. ¿ELABORÓ INVESTIGACIÓN INTERNA DEL ACCIDENTE? Rellene la casilla según sea el caso.
48. ¿TIENE PROFESIONAL EN SEGURIDAD EN EL TRABAJO? Marcar la casilla que corresponda, “SI” en caso de tener contratado un profesional de Seguridad en el Trabajo o “NO” en caso contrario.

### **III.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE**

49. HORAS TRABAJADAS EL DÍA DEL ACCIDENTE: Escriba el número de horas trabajadas por la persona accidentada, desde el inicio de la jornada laboral en el horario establecido hasta el momento en que ocurrió el accidente.
50. FECHA DEL ACCIDENTE: Indique día, mes y año en que ocurrió el accidente.
51. HORA: Indique la hora en que ocurrió el accidente, relleno la casilla AM de ante meridiem, si ocurrió entre las 00:01 y 12:00 o la casilla PM, si ocurrió entre las 12:01 a las 00:00. Debe escribir utilizando los dos puntos “:” para separar las horas de los minutos. Ejemplo 12:00
52. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (EN LA EMPRESA O EXTERIOR A ELLA): Rellene la casilla que corresponda según el lugar donde se ocurrió el accidente: en el trayecto, si el accidente ocurre durante el traslado del trabajador de la empresa a su casa o viceversa; en la empresa, cuando el accidente ocurra dentro de las instalaciones; o fuera de la empresa, cuando el accidente ocurra fuera de las instalaciones pero cumpla las condiciones para ser considerado accidente laboral. Indique lugar donde se produjo el accidente: línea de producción, departamento, puesto de trabajo o sección. Si se produjo fuera de las instalaciones de la empresa indique la dirección o lugar del accidente.
53. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: Redacte una descripción precisa de cómo ocurrió el accidente, indicando: la labor que realizaba el trabajador, el agente que provocó el accidente, la parte del agente que generó la lesión, la forma en que la parte del agente entró en contacto con el trabajador, la lesión o lesiones sufridas por el trabajador, la región del cuerpo afectada y cualquier otra circunstancia relacionada con las causas que lo originaron y las consecuencias al trabajador.

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*



54. PARTE DEL CUERPO LESIONADA: Indique la parte del cuerpo que resultó lesionada como consecuencia del accidente. Ejemplo: cuero cabelludo
55. CÓDIGO DE LA PARTE DEL CUERPO LESIONADA: Escriba el número del código correspondiente a la parte del cuerpo afectada por la lesión, según especificaciones de la Norma COVENIN 474 vigente. Ejemplo: para el cuero cabelludo la norma especifica el código N° 1110
56. NATURALEZA DE LA LESIÓN: Indique el tipo de lesión provocada por el accidente, ejemplo: fractura, luxación, torcedura, esguince, conmoción, traumatismo interno, amputación, contusión, quemadura, envenenamiento, efecto del frío o del calor, traumatismo sonoro, asfixia, efecto de la electricidad, efectos de radiaciones, irritación, entre otras.
57. CÓDIGO DE LA NATURALEZA DE LA LESIÓN: Escriba el número del código que corresponda a la naturaleza de la lesión, de acuerdo a la clasificación de la Norma COVENIN 474 vigente.
58. GRAVEDAD DE LA LESIÓN: Cuando el trabajador resulte con lesiones leves que se presuma una incapacidad temporal, en la que el trabajador debe quedar totalmente recuperado en su salud e integridad física y funcional, rellene en el recuadro que indica LEVE, la casilla donde se lee “Menor de tres (3) días perdidos” o la casilla que señala “Mayor de tres (3) días perdidos”, según sea el caso. Cuando independientemente del número de días perdidos, el trabajador resulta con lesiones con daño a la integridad física o funcional en la que se pueda presumir una incapacidad parcial permanente o absoluta permanente, rellene la casilla que indica GRAVE. Si el accidente genera la muerte del trabajador, rellene la casilla donde señala MORTAL.
59. AGENTE MATERIAL: Identifique el agente material que provocó el accidente. Ejemplo: máquina, equipo, sustancias o materiales, etc.
60. CÓDIGO DEL AGENTE MATERIAL: Escriba el número del código de Agente Material establecido en la Norma COVENIN 474 vigente.
61. TIPO DE ACCIDENTE: Escriba el tipo de accidente según clasificación de la Norma COVENIN 474 vigente.
62. CÓDIGO DEL TIPO DE ACCIDENTE: Escriba el número del código que corresponda en base a la clasificación del tipo de accidente dado en la Norma COVENIN 474 vigente.
63. TESTIGOS DEL ACCIDENTE: En los recuadros correspondientes, escriba el nombre y apellidos de los testigos presenciales o referenciales del accidente, la dirección de habitación actualizada de dichas personas, los números telefónicos y los números de la cédula de identidad respectivos.
64. LUGAR: Indique el domicilio de la empresa o ciudad donde se elabora la Notificación del Accidente.

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*





65. FECHA DE ELABORACIÓN: Escriba la fecha de elaboración de la Notificación del Accidente.
66. SELLO: Coloque el sello húmedo que identifica a la empresa.
67. FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL: La planilla debe ser firmada por el Representante Legal de la empresa y estampado el sello húmedo de la misma.

El resto de la planilla debe ser dejado en blanco ya que es sólo para el uso del ente receptor. En los recuadros donde se requieran llenar las casillas “Sí” o “No”, cuando sean omitidos serán consideradas las respuestas como negativas.

En el formato digital aparecen los códigos que se requieren para llenar los cuadros 18, 19, 34, 35, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61 y 62.

Para que funcione correctamente la aplicación debe modificarse el nivel de las macros en Excel y fijarse en el nivel medio.

*“2006, Año Bicentenario del Juramento del Generalísimo Francisco de Miranda  
y de la Participación Protagónica y del Poder Popular”*