



NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE LABORAL

I.- DATOS DEL ACCIDENTADO													
1.- APELLIDOS			2.- NOMBRES			3.- ASEGURADO IVSS Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			4.- CÉDULA DE IDENTIDAD				
5.- FECHA DE NACIMIENTO		6.- EDAD	7.- NACIONALIDAD V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		8.- SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		9.- MANO DOM. Dér. <input type="checkbox"/> Zur. <input type="checkbox"/>		10.- ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Co <input type="checkbox"/>		11.- N° HIJOS	12.- CAT. DE OCUPACIÓN Empleado: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Obrero: <input type="checkbox"/>	
13.- NIVEL EDUCATIVO ILETRADO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/>			14.- GOB. APROB.		15.- FECHA DE INGRESO		16.- SUELDO O SALARIO d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		17.- HORARIO DE TRABAJO				
18.- OFICIO U OCUPACIÓN:			19.- COD. OCUP.		20.- ANT. PTO		21.- DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						
22.- ESTADO			23.- CIUDAD		24.- MUNICIPIO		25.- PARROQUIA		26.- TELÉFONO				
II.- DATOS DEL EMPLEADOR													
27.- RAZÓN SOCIAL								28.- REPRESENTANTE LEGAL					
29.- NÚMERO DE INFORMACIÓN FISCAL R.I.F.				30.- NÚMERO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA N.I.T.				31.- NÚMERO PATRONAL ANTE EL I.V.S.S.					
32.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA													
33.- DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				34.- ACTIVIDAD ECONÓMICA				35.- COD. ACT. EC.		36.- N° DE TRAB.			
37.- ESTADO			38.- CIUDAD		39.- MUNICIPIO		40.- PARROQUIA		41.- TELÉFONO-FAX				
42.- ¿Tiene Órgano de Seguridad Laboral? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		43.- ¿Existe Prog. de Prevención de Accidentes? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		44.- ¿Está registrado el Comité de Hig. y Seg. Laboral? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		45.- ¿Fue notificado el accidentado por escrito de los riesgos de su labor? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		46.- ¿Recibió el accidentado instrucción en Hig. y Seg.? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		47.- ¿Elaboró investigación interna del Accidente? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		48.- ¿Tiene profesional en Seguridad en el Trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
III.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE													
49.- HORAS TRAB. EL DÍA ACCID.		50.- FECHA DEL ACCIDENTE			51.- HORA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		52.- LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (EN LA EMPRESA O EXTERIOR A ELLA) EN EL TRAYECTO <input type="checkbox"/> EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> LUGAR:						
53.- DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:													
LLENAR LOS CODIGOS DE ACUERDO CON LA NORMA COVENIN 474 VIGENTE, disponible en la Página WEB www.mindra.gov.ve/inpsasel/													
54.- PARTE DEL CUERPO LESIONADA			55.- COD. PART. C. L.		56.- NATURALEZA DE LA LESIÓN			57.- COD NAT. LESIÓN		58.- GRAVEDAD LEVE Menor de 3 días perdidos <input type="checkbox"/> MAYOR de 3 días perdidos <input type="checkbox"/>			
59.- AGENTE MATERIAL			60.- COD. AG. MATERIAL		61.- TIPO DE ACCIDENTE		62.- COD TIPO ACC.		GRAVE <input type="checkbox"/>		MORTAL <input type="checkbox"/>		
63.- TESTIGOS DEL ACCIDENTE													
NOMBRE Y APELLIDOS				DIRECCIÓN				CEDULA DE IDENTIDAD					
NOMBRE Y APELLIDOS				DIRECCIÓN				CEDULA DE IDENTIDAD					
64.- LUGAR:			65.- FECHA DE ELABORACIÓN		RECIBIDO EN INPSASEL POR: (Solo para ser llenado por el Inpsasel): NOMBRE Y APELLIDOS								
66.- SELLO DE LA EMPRESA:					SELLO DEL INPSASEL: FECHA DE RECEPCIÓN								
67. FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL					FIRMA DEL FUNCIONARIO, SELLO Y FECHA DE RECEPCIÓN								