



MBA' APO, JEPOROMOMBA' APO HA  
TETÁYGUA JEIKOPORÁ  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
TRABAJO, EMPLEO Y  
SEGURIDAD SOCIAL

**TETÁ REKUÁI**  
**GOBIERNO NACIONAL**  
Jajapo ñande raperá ko'ága guive  
Construyendo el futuro hoy

RESOLUCIÓN MTESS N° 835 /16

**POR LA CUAL SE APRUEBA EL PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS COMUNICACIONES DE ENTRADA Y SALIDA DE EMPLEADOS DE EMPRESAS; DE LOS PERMISOS Y VACACIONES OTORGADAS; DE LAS AMONESTACIONES, APERCIBIMIENTOS Y SUSPENSIONES DEL PERSONAL; DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, Y DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES, ANTE LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DEL TRABAJO, POR VÍA INTERNET.-----**

Asunción, 12 de diciembre de 2016.

## ANEXO III

# FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social



# Formulario de Comunicación de Accidentes Laborales

## Datos de la Empresa

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

Nro. Patronal MTESS \_\_\_\_\_ Nro. Patronal I.P.S. \_\_\_\_\_

Dirección de la Empresa \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Localidad/Distrito \_\_\_\_\_

Actividad Principal de la Empresa \_\_\_\_\_

## Datos del empleado accidentado

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Nro. Documento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Estado Civil (S/C/V) \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Ocupación/Cargo \_\_\_\_\_

## Detalle sobre el accidente

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ Lugar del accidente \_\_\_\_\_

En la empresa

Fuera de la empresa

Zona urbana

Zona rural

Ocupación en el momento del accidente \_\_\_\_\_

Tipo de accidente \_\_\_\_\_

Naturaleza del accidente \_\_\_\_\_

Zona del cuerpo afectada \_\_\_\_\_

Agente causante

Maquina  Instalación  Equipamiento  Vehículo

Herramienta  Red eléctrica  Prod. Químicos  Otros

Contaba con equipos de Protección Personal Si  No  Consecuencias con Reposo Si  No

Descripción detallada del accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Testigos del accidente

| Nombre y Apellido | Firmas |
|-------------------|--------|
| _____             | _____  |
| _____             | _____  |



Ministro

Firma y Sello del empleador o Representante