



FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA 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

TELEFONO

E-MAIL

ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA

TOTAL DE TRABAJADORES ACTIVOS

DATOS DEL EMPLEADO ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDO

NRO. DOCUMENTO

EDAD

SEXO (M/F)

ESTADO CIVIL(S/C/V)

DIRECCIÓN

NACIONALIDAD

OCUPACIÓN/CARGO

HORARIO DE TRABAJO



FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE ACCIDENTES LABORALES

DETALLE DEL ACCIDENTE

FECHA (DD/MM/AAAA)

HORA

LUGAR DEL ACCIDENTE:

(MARCAR CON UNA X)

DENTRO DE LA EMPRESA

FUERA DE LA EMPRESA

DENTRO DE EMPRESA TERCERIZADA

EN TRAYECTO (IN TINERE)

POBLACIÓN

ZONA URBANA

ZONA RURAL

OCUPACIÓN EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE

TIPO DE ACCIDENTE

NATURALEZA DEL ACCIDENTE

FUENTE

EVENTO

ZONA DEL CUERPO AFECTADO

*(ESPECIFIQUE)

MIEMBROS SUPERIORES

MIEMBROS INFERIORES

*BRAZOS

*PIERNAS

*MANOS

*PIES

*LADO DE DESTREZA

*LADO DE DESTREZA

AGENTE CAUSANTE:

(MARCAR CON UNA X)

MAQUINA

INSTALACION

EQUIPAMIENTO

VEHÍCULO

HERRAMIENTA

RED ELECTRICA

PROD. QUÍMICOS

PROD. BIOLÓGICOS

OTROS

(ESPECIFIQUE)

AL MOMENTO DEL ACCIDENTE CONTABA CON (EPI)

(MARCAR CON UNA X)

SI

NO

REPOSO MÉDICO

SI

NO

DIAS DE REPOSO

**DESCRIPCIÓN DE LOS (EPI) UTILIZADOS EN EL
MOMENTO DEL ACCIDENTE**

ACCIDENTE CON BAJA LABORAL

(MARCAR CON UNA X)

SI

NO



FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE ACCIDENTES LABORALES

DETALLE DEL ACCIDENTE

ACCIDENTE LABORAL MARITIMO

(DESCRIPCIÓN DEL LUGAR EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE)
(DESCRIPCIÓN DEL EVENTO)

ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO

(EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA (SI)
ADJUNTAR DOCUMENTO APOSTILLADO)

SI

NO

ACCIDENTE FATAL

(EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA (SI)
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN - ADJUNTAR
ESCANEO)

SI

NO

DISCAPACIDAD

SI

NO

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

TOTAL

PARCIAL

PARTES DEL CUERPO AFECTADOS

DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE

DENUNCIA POLICIAL

(ADJUNTAR COPIA DE LA DENUNCIA POLICIAL)
EN CASOS DE "IN TINERE" Y EN "EMPRESAS TERCERIZADAS"



FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA DE ACCIDENTES LABORALES

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

PRIMER TESTIGO:

NOMBRE Y APELLIDO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NUMERO DE C.I.
ADJUNTAR FOTOCOPIA DE C.I.
CARA/DORSO

FIRMA

SEGUNDO TESTIGO:

NOMBRE Y APELLIDO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NUMERO DE C.I.
ADJUNTAR FOTOCOPIA DE C.I.
CARA/DORSO

FIRMA

TECNICO SST O SYSO:

NOMBRE Y APELLIDO

NRO. CARNET

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CARNET
CARA/DORSO

CATEGORIA DEL CARNET

FECHA DE CADUCIDAD

Numero CI y firma del Técnico SST o SYSO

Firma y Sello del representante o empleador