|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTA DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO**  $dato000 | | | | | | |
| Por medio la presente acta y en cumplimiento del Memorándum **$dato001**, de Investigación de Accidente de Trabajo emitido por la $dato000, a Hrs. $dato002 del día $dato003, en la empresa o establecimiento laboral $dato004 la inspección técnica, se desarrolla en los siguientes términos: | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO LABORAL** | | | | | | |
| Razón Social de la Empresa o Establecimiento Laboral: $dato004 | | NIT: $dato005 | | | | ROE: $dato006 |
| Nombre del Gerente General: $dato010 | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal: $dato011 | | | | | | |
| Personal que colabora en la Investigación del Accidente de Trabajo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN** | | | | | | |
| Ubicación donde ocurrió el accidente: | Instalaciones de la Empresa o Establecimiento Laboral: | | SI |  | Fecha del accidente: | |
| NO |  |
| Nombre del trabajador lesionado: | Operativo | |  | | Hora del accidente: | |
| Administrativo | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Puesto de Trabajo: | | | | Turno de trabajo: | | | ¿El trabajo requería permiso especial? | SI |  |
| Antigüedad en la Empresa o Establecimiento Laboral: | | | NO |  |
| ¿Qué estaba haciendo el trabajador cuando ocurrió el accidente? | | | | ¿Con qué maquina o herramienta ocurrió el accidente? | | | ¿En qué operación? | | |
| ¿Hubo personas que presenciaron el accidente? | | SI |  | Apellidos y Nombres Completos | | | Cargo | | |
| NO |  |
| ¿Cómo ocurrió el accidente? (detalle brevemente los hechos). | | | | | | | | | |
| ¿Alguna incapacidad física anterior? De ser así, ¿cuál?: | | | | | | | | | |
| **INDICAR TODOS LOS PUNTOS SIGUIENTES QUE HAYAN CONTRIBUIDO AL ACCIDENTE DE TRABAJO** | | | | | | | | | |
| **Riesgos** | 1.- Caídas al mismo nivel | | | |  | 9.- Atrapado debajo (escombros, materiales u otros) | |  | |
| 2.- Caídas a distinto nivel | | | |  | 10.- Atrapado entre (Máquinas, vehículos y otros) | |  | |
| 3.- Golpes con objetos inmóviles (Rocas, paredes, máquinas, herramientas, etc) | | | |  | 11.- Atrapado dentro ( Ascensores, tolvas u otros) | |  | |
| 4.- Golpes con objetos móviles (carros, montacargas, maquinaria móvil, etc) | | | |  | 12.- Contacto con temperaturas extremas | |  | |
| 5.- Sobre esfuerzos (Levantamiento de peso excesivo, etc) | | | |  | 13.- Exposición o contacto con sustancias peligrosas (Inhalación, ingestión) | |  | |
| 6.- Exposición o contacto eléctrico | | | |  | 14.- Explosión | |  | |
| 7.- Exposición a radiaciones ionizantes | | | |  | 15.- Otros (detalle) | |  | |
| 8.- Exposición a radiaciones no ionizantes | | | |  |
| **Actos Inseguros** | 1.- Trabajos sin autorización | | | |  | 6.- Forma defectuosa e insegura de cargar, apilar o mezclar, almacenar, etc | |  | |
| 2.- Empleo inadecuado de herramientas, equipos, materiales, vehículos, etc | | | |  | 7.-Forma defectuosa e insegura de levantar y llevar objetos | |  | |
| 3.- Empleo de herramientas, equipos, materiales, vehículos inseguros o defectuosos | | | |  | 8.- Realizar el mantenimiento de la maquinaria y/o equipo en funcionamiento. | |  | |
| 4.- Inadecuado uso de Equipo de protección personal | | | |  | 9.- Falta de atención en el trabajo u ocasionar incomodidad a otros | |  | |
| 5.- Adoptar posiciones inseguras e inadecuada | | | |  | 10.- Otros (detalle) | |  | |
| **Agente Involucrado que causó el accidente** | 1.- Maquinaria o equipo (envasadora, torno, compresora, etc) | | | |  | 16.- Gas | |  | |
| 2.- Equipo generador de potencia (turbina, generador, caldera, etc) | | | |  | 17.- Vapor | |  | |
| 3.- Objetos de transmisión de potencia (poleas, engranajes, ejes, etc) | | | |  | 18.- Humo | |  | |
| 4.- Recipiente de presión (garrafa, botellón de oxígeno, tanque de aire comprimido, etc) | | | |  | 19.- Polvo | |  | |
| 5.- Herramienta manual sin fuente de energía (llaves, martillos, barreta ,etc) | | | |  | 20.- Material explosivo (dinamita, sustancia inflamable, gas, etc) | |  | |
| 6.- Herramienta manual con fuente de energía (Taladro, sierra portátil, esmeril portátil, etc) | | | |  | 21.- Manejo de materiales | |  | |
| 7.- Equipo fijo de transporte de carga (cinta transportadora, tornillo transportador, cangilón, etc) | | | |  | 22.- Elemento vivo ( vegetal, animal) | |  | |
| 8.- Vehículo de transporte | | | |  | 23.- Ruido excesivo | |  | |
| 9.- Equipo de izaje (grúa, tecle, winche, etc) | | | |  | 24.- Vibración | |  | |
| 10.- Ascensor para personal | | | |  | 25.- Radiación no ionizante (soldadura, arco, etc) | |  | |
| 11.- Equipo eléctrico (transformador, resistencia, etc) | | | |  | 26.- Electricidad (conductor eléctrico) | |  | |
| 12.- Estructura temporal (andamio, escalera, plataforma, etc) | | | |  | 27.- Fuego (material incandescente) | |  | |
| 13.- Estructura permanente (grada, pasarela, rampa,etc) | | | |  | 28.- Frio (hielo seco) | |  | |
| 14.- Pieza Sólida | | | |  | 29.- Otro (detalle): | |  | |
| 15.- Líquido | | | |  |
| **Posible Naturaleza del daño** | 1.- Erosiones (rasmilladuras, etc) | | | |  | 11.- Distensión muscular (estirón) | |  | |
| 2.- Contusiones (golpes, etc) | | | |  | 12.- Esguince (torceduras) | |  | |
| 3.- Heridas cortantes | | | |  | 13.- Intoxicación aguda | |  | |
| 4.- Heridas punzantes | | | |  | 14.- Shock eléctrico | |  | |
| 5.- Luxación (Dislocación) | | | |  | 15.- Efectos de radiación | |  | |
| 6.- Aplastamiento | | | |  | 16.- Dermatitis | |  | |
| 7.- Fracturas | | | |  | 17.- Asfixia (por gas) | |  | |
| 8.- Amputaciones traumáticas | | | |  | 18.- Ahogamiento (por liquido) | |  | |
| 9.- Quemaduras | | | |  | 19.- Daños múltiples de diferente naturaleza | |  | |
| 10.- Presencia de cuerpos extraños | | | |  | 20.- Otros (detalle) | |  | |
| **Partes afectadas del cuerpo** | 1.- Cabeza, cuello | | | |  | 3.- Extremidades Superiores | |  | |
| 2.- Tronco | | | |  | 4.- Extremidades inferiores | |  | |
| **Factores Contribuyentes** | 1.- Incumplimiento de instrucciones de seguridad | | | |  | 4.- Discapacidades físicos o mentales | |  | |
| 2.- Falta de experiencia, habilidad, entrenamiento | | | |  | 5.- Presión irracional para el incumplimiento de un trabajo | |  | |
| 3.- Exposición incensaría al peligro | | | |  | 6.- Otros (detalle) | |  | |
| **Condiciones peligrosas** | 1.- Resguardo inadecuado (máquinas y/o equipos) | | | |  | 10.- Señalización defectuosa | |  | |
| 2.- Sin resguardo (máquinas y/o equipos) | | | |  | 11.- Señalización inexistente | |  | |
| 3.- Herramientas y equipos defectuosos | | | |  | 12.- Hacinamiento, falta de orden y limpieza (personal, material, equipo, etc.) | |  | |
| 4.- Herramientas y equipos inadecuados para el trabajo | | | |  | 13.- Fatiga física | |  | |
| 5.- Construcciones inseguras | | | |  | 14. Falta de Permiso de Trabajo (si corresponde) | |  | |
| 6.- Vestimenta de trabajo inadecuada | | | |  | 15. No se registró en el MTEPS la denuncia del accidente de trabajo | |  | |
| 7.- Vestimenta de trabajo defectuosa | | | |  | 16.- Otros en función a la Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar. (Detalle): | |  | |
| 8.- Falta de equipo de protección personal (Casco, botines, etc.) | | | |  |  | |  | |
| 9.- Señalización inadecuada | | | |  |  | |  | |
| Si durante la investigación de accidente de trabajo se identificaron condiciones de alta peligrosidad el inspector determinará la **PARALIZACIÓN** del puesto de trabajo o del área correspondiente en el marco del art 26 numeral 3 de la Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar N° 16998:  PUESTO, ÁREA/SECCIÓN DE TRABAJO EN EL CUAL SE DETERMINA LA PARALIZACIÓN:  CONDICIONES DE ALTA PELIGROSIDAD QUE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO LABORAL DEBE ELIMINAR:  PLAZO PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA PARALIZACIÓN:  Es cuanto se pudo evidenciar en la investigación de accidente de trabajo para los fines consiguientes a Hrs \_\_\_\_\_\_\_\_del mismo día y año.  Para constancia y conformidad del mismo.  **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE**  **POR PARTE DEL EMPLEADOR DE LOS TRABAJADORES**  **NOMBRE Y FIRMA DEL**  **INSPECTOR DE TRABAJO** | | | | | | | | | |

La Paz, $dato003

Señores:

$dato004

Presente. -

De acuerdo a Memorándum **$dato001**, el inspector de trabajo ha sido designado para realizar la correspondiente Investigación de Accidente de Trabajo en su Empresa o Establecimiento Laboral; por lo que se solicita prestar colaboración en el desarrollo de sus funciones, a tal efecto deberá presentar la siguiente documentación en el plazo de 1 días hábiles a partir de la recepción del presente documento impostergablemente, en oficinas de la $dato000 ubicado XXXXXXXXXXXX

**REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | DESCRIPCIÓN | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Toda la documentación solicitada debe ser presentada en fotocopias simples debidamente foliadas de atrás hacia adelante en fólder de color verde por Ventanilla Única. | | | |
| El incumplimiento en la presentación de los documentos requeridos será pasible a la imposición de multas pecuniarias de Bs1.000 a Bs10.000, conforme a normativa vigente. | | | |
| **EMPLEADOR / RESPONSABLE** | | **INSPECTOR DE TRABAJO** | |