**INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

**Y DENUNCIA POR INFRACCION A LEYES SOCIALES**

**$dato000**

**A :** $dato001

**$dato002**

**VIA :** $dato003

**$dato004**

**DE :** $dato005

**$dato006**

**REF. :** $dato007

**FECHA :** $dato008

1. **ANTECEDENTES**

Dando cumplimiento al Memorándum $dato009 de fecha $dato010, me constituí en las instalaciones de la empresa o establecimiento laboral “$dato007”, en fecha $dato011, con objeto de efectuar la correspondiente Investigación de Accidente de Trabajo en materia de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar y verificar el cumplimiento a la Ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar Nº 16998 de 02 agosto de 1979 y normativa vigente en la materia.

A tal efecto me permito elevar a su consideración para los fines legales consiguientes, el presente informe de Investigación de Accidente de Trabajo.

1. **DATOS DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO LABORAL** | **$dato007** |
| **NOMBRE COMERCIAL** | **$dato012** |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | **$dato013** |
| **CEDULA DE IDENTIDAD** | **$dato014** |
| **No PATRONAL SEG. SOCIAL** | **$dato015** |
| **No REGISTRO OBLIGATORIO DE EMPLEADORES** | **$dato016** |
| **No NIT** | **$dato017** |
| **ACTIVIDAD ECONOMICA O RUBRO** | **$dato018** |
| **DOMICILIO LEGAL** | **$dato019** |
| **DIRECCIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE** | **$dato020** |
| **ANTIGÜEDAD DE LA EMPRESA**  **(si corresponde)** | **$dato021** |
| **TELEFONO** | **$dato022** |

Personal de la Empresa o Establecimiento Laboral:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAL** | **MUJERES** | **HOMBRES** | **TOTAL** |
| **Administrativo** |  |  | **$dato023** |
| **Operativo** |  |  | **$dato024** |
| **TOTAL** |  |  |  |

1. **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha del Accidente de Trabajo** | $dato026 |
| **Hora estima del Accidente de Trabajo** | $dato027 |

Personal de la Empresa o Establecimiento Laboral que colabora en la Investigación de Accidente de Trabajo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Cargo** | **Nombre y Apellido** | **Cédula de Identidad** |
| 1 | $emp0d1 | $emp0d2 | $emp0d3 |
| 2 | $emp1d1 | $emp1d2 | $emp1d3 |
| 3 | $emp2d1 | $emp2d2 | $emp2d3 |
| 4 | $emp3d1 | $emp3d2 | $emp3d3 |
| 5 | $emp4d1 | $emp4d2 | $emp4d3 |

Testigos del Accidente de Trabajo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Cargo** | **Nombre y Apellido** | **Cédula de Identidad** |
| 1 | $empt0d1 | $empt0d2 | $empt0d3 |
| 2 | $empt1d1 | $empt1d2 | $empt1d3 |
| 3 | $empt2d1 | $empt2d2 | $empt2d3 |
| 4 | $empt3d1 | $empt3d2 | $empt3d3 |
| 5 | $empt4d1 | $empt4d2 | $empt4d3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| Accidente suscitado en Instalaciones de la Empresa o Establecimiento Laboral | | | | Si |  | | No | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| Lugar de ocurrencia del Accidente: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| Nombre(s) del(los) trabajador(es) Accidentado(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | Cargo | | | | | | | | | | | Personal Operativo / Administrativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  |  |  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | | |
| Antigüedad en la Empresa o Establecimiento Laboral: | | |  | | | Recibió Capacitación del puesto de trabajo en ejercicio | | | | | | | | | | | | Si |  | | | | No | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| El trabajo requería Permiso especial: | | | Si |  | | No | | | |  | | | (\*) En caso de Si, especificar el tipo de Permiso requerido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| El Trabajador presentaba alguna incapacidad física: | | | Si |  | | No | | | |  | | | (\*) En caso de Si, especificar el tipo de incapacidad física | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| El accidente de Trabajo fue denunciado: | | | Si |  | | No | | | |  | | | (\*) En caso de Si, llenar la Tabla siguiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Nombre y Apellido | | Carnet de Identidad | | | | Cargo | | | | | | | Fecha de Denuncia | | | | | | | | | Lugar de Denuncia | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

Los siguientes factores contribuyeron al Accidente de Trabajo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Riesgos | | | | | | Agente involucrado que causo el accidente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  | | | |
| Posible naturaleza del daño | | | | | | Actos Inseguros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |  | | |
| Partes afectadas del cuerpo | | | | | | Factores Contribuyentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| Condiciones Peligrosas (Detalle) | | | | | | | | ¿Procede a la Multa? | | | | | | | | | | | | Multa en Bs | | | | | |
| Si | | | | | | | | No | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| Total Bs. | | | | |

1. **PARALIZACIÓN DEL LUGAR O ÁREA DE TRABAJO**

Si durante la Investigación de Accidente de Trabajo se identificaron condiciones de alta peligrosidad el inspector determinara la paralización del puesto de trabajo o del área correspondiente en el marco del art 26 numeral 3 del DL 16998:

|  |
| --- |
| Puesto de Trabajo o área determinado para la Paralización |
|  |
| Condiciones de Alta peligrosidad identificados (Debe ser eliminados por parte de la Empresa y/o Empleador) |
|  |
| Plazo determinado para el Levantamiento de la Paralización |
|  |

1. **CONCLUSIONES**

En atención a los fundamentos expuestos y de la revisión de la documentación presentada, se ha evidenciado que el o la Sr. $dato013, con cédula de identidad $dato013, en su calidad de representante legal de la Empresa o Establecimiento Laboral, ha incumplido con lo establecido en la Ley General del Trabajo, Decreto Reglamentario y demás normas conexas.

1. **DENUNCIA DE INFRACCION A LEYES SOCIALES Y PROPUESTA DE MULTA A APLICARSE:**

Por lo anteriormente expuesto, en atención a los fundamentos señalados y habiéndose evidenciado que el o la Sr. $dato013 con C.I. $dato014., Representante Legal de la empresa $dato007 incumplió con XXX (XXX) formalidades establecidas en la Ley General del Trabajo, Decreto Reglamentario y demás normas conexas, se propone a su Autoridad, imponga una sanción pecuniaria en la suma de Bs XXXXX.- (XXXXXXX 00/100 BOLIVIANOS), a la Sra. XXXXXXXXXX, por Infracción a Leyes Sociales, establecida en los artículos 222, 223, 232 y 237 del Código Procesal del Trabajo, artículo 165 del Decreto Reglamentario y en aplicación de la Resolución Ministerial No. 855/14 de 11 de Diciembre de 2014 que establece la escala de multas.

Es cuanto tengo a bien informar para fines legales que correspondan.

Atentamente.

c.c Ach.

c.c XXX

1. **RESPALDO FOTOGRÁFICO**