



Departamento de Medicina
Laboral

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Señor

Director General del I.P.S.

P r e s e n t e

Me dirijo a Ud., a fin de comunicarle un accidente de trabajo, haciendo constar acerca del mismo los siguientes datos:

Apellidos y Nombres de asegurado:.....
Cédula Policial N°:..... Edad:.....est. civil:.....Profesión:.....
Domicilio del asegurado:.....
Lugar donde ocurrió el accidente:.....
Fecha, día y hora del mismo:.....
Horario normal de trabajo:.....
El hecho ocurrió como sigue:.....
.....
.....
.....

Son testigos del accidente las siguientes personas:

Sr.....domicilio:.....
Sr.....domicilio:.....

Quienes firman al pie de la presente ratificado la veracidad de la expresado mas arriba, con la constancia de que el mismo ocurrió a consecuencia de un trabajo encomendádole.

.....
Firma del testigo

.....
Firma del testigo

El asegurado sufrió el accidente trabajando para la firma patronal.....con
Inscripción N°:..... y domiciliada en.....
Cuidad o Pueblo.....fecha:.....

.....
Sello del Empleador

.....
Firma del Empleador



Departamento de Medicina
Laboral

RECIBIDA EN FECHA.....A LAS.....HORAS, EN LA REPATRIACION.....DEL
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL.

Sello de la Repatriación

Firma del funcionario autorizado

DEPARTAMENTO PATRONAL SECCION CTA. CTE. PATRONAL

Cuatro (4) últimas fechas de pago del empleador

.....
.....
.....
.....

Fecha:.....

Firma y sello

OFICINA DE COMPROBACIÓN DE DERECHOS DEL ASEGURADO

Salarios (4) cuatro últimos meses, percibidos por el accidentado, sin incluir el mes del accidente

Mes de.....Día de trabajo.....Gs.

Mes de.....Día de trabajo.....Gs.

Mes de.....Día de trabajo.....Gs.

Mes de.....Día de trabajo.....Gs.

Fecha:.....

Firma y sello

DEPARTAMENTO DE CONTROL – COMISIÓN DE ACCIDENTES

.....
.....
.....
.....

Firma del Miembro

Firma del Miembro

DISPOSICIONES REFERENTES AL ACCIDENTE DE TRABAJO DECRETO – LEY 1860 LEY 375

Art. 48 2° parte: Si las prestaciones en dinero a que dan derecho los accidentes de trabajo disminuidas por falta de cumplimiento de las obligaciones patronales, el empleador deberá entregar al instituto la diferencias de capitales constitutivos de pensiones y el valor de las otras prestaciones en dinero y el Instituto las otorga completas.

Art. 51 el Patrón o su representante deberá denunciar al instituto, cualquier accidente que ocurra a sus trabajadores dentro de los 8 (ocho) días de producido, salvo caso de fuerza mayor debidamente justificada.

OBSERVACIONES: En caso que el accidente ocurra en la vía publica, el patrón esta obligado a acompañar a la presente Comunicación con copia del Parte Policial correspondiente.