

MINISTERIO DEL TRABAJO
DIRECCION GENERAL DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
SISTEMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD DEL TRABAJO
DECLARACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO
(ANEXO NO. 1)

DATOS DE LA EMPRESA

Código de la empresa	
Nombre de la empresa:	
Dirección de la Empresa:	

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

Nombre y apellidos:			
No. de cédula:			
Es asegurado:	☐ SI	☐ NO	
No. de INSS:			
Sexo:	☐ Masculino	☐ Femenino	
Edad:		Años	
Ocupación:			
Turno de trabajo:	☐ Diurno	☐ Nocturno	☐ Mixto
Salario mensual:			
Departamento:			
Municipio:			
Dirección:			

DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

Departamento:	
Municipio:	

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha de ocurrencia:		(dia/mes/año)			
Lugar de ocurrencia:	☐ en la empresa	☐ fuera de la empresa			
Tipo de accidente	☐ de trabajo	☐ de trayecto			
Hora del accidente:		horas		minutos	(formato 24 horas)
Horas trabajadas al momento del accidente:					
Descripción de la actividad que realizaba:					

CAUSA DEL ACCIDENTE

Agente material del accidente:				
Forma de ocurrencia:				
Días de subsidio / reposo:				
Parte del cuerpo lesionada:				
Naturaleza de la lesión:				
Nivel de gravedad:	☐ Leve	☐ Grave	☐ Muy Grave	☐ Mortal
Condiciones inseguras:				
Actos inseguros:				

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre y apellidos		
Cargo en la empresa:		
Fecha de declaración:		(dia/mes/año)
Firma y sello de la empresa:		