



**FUTURO DE BOLIVIA**  
A F P

Miembro del grupo Zurich Financial Services

# DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Ente Gestor de Salud

En uso para accidente común

Este formulario debe ser llenado y firmado por el Empleador, y por los Médicos que hubieran atendido el caso. Debe ser presentado por el Empleador dentro de las 24 horas de ocurrido el Accidente Profesional o Accidente Común que cause invalidez. El original para el Ente Gestor de Salud, copias a: 1.- Empleador, 2.- Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, 3.- Direcciones Departamentales y Regionales del Ministerio de Trabajo y Microempresa, 4.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 5.- Afiliado, y la copia 6.- Para la AFP, debe entregarse a los 5 días en área urbana y 10 días en área rural.

Trabajador Afiliado	Identificación	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		APELLIDO DE CASADA		NOMBRES		NUA				
	Dirección	MATRÍCULA DE ASEGURADO: ENTE GESTOR DE SALUD:								FECHA DE NACIMIENTO				
		C.I.		RUN		OTROS		SEXO		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DÍA MES AÑO		
		SOLTERO <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD:		
	DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD/LOCALIDAD		ZONA/BARRIO/URBANIZACIÓN		TELÉFONO/OTROS					
	AVENIDA		CALLE		PASAJE		NÚMERO		EDIFICIO		BLOQUE DEPARTAMENTO			
	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		RUC AFILIADO INDEPENDIENTE:				FECHA DE INICIO DE LA RELACIÓN LABORAL					
	OCUPACIÓN:								DÍA		MES		AÑO	
	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR:								TELÉFONO		FAX		OTROS	
	NÚMERO PATRONAL:				RUC EMPLEADOR:									
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD/LOCALIDAD		ZONA/BARRIO/URBANIZACIÓN								
AVENIDA		CALLE		PASAJE		NÚMERO		EDIFICIO		BLOQUE PISO OFICINA				
Información Laboral	¿Recibió entrenamiento previo para efectuar su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tiempo de servicio en la Empresa: _____ en la ocupación: _____ ¿Recibió instrucciones (cursos) sobre Seguridad E Higiene industrial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sección donde trabaja: _____													
	Lugar donde ocurrió el accidente _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ ¿ Cómo ocurrió el accidente? _____ _____ _____													
	Describáanse las causas del accidente _____ (Descripción breve pero completa) _____ _____													
	¿Qué labor realizaba el accidentado en el momento de producirse el accidente? _____ _____													
	Testigos 1.- _____ 2.- _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nombre</span> <span>Firma</span> <span>Nombre</span> <span>Firma</span> </div>													
	El accidente fue atendido en: El mismo lugar del accidente: <input type="checkbox"/> Posta Sanitaria: _____ No recibió atención <input type="checkbox"/> Fecha en la que se presentó para atención médica de urgencia Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ ¿Quién prestó los primeros auxilios? _____ Descripción de partes corporales afectadas _____ _____ Diagnóstico presuntivo _____ Tratamiento efectuado _____ _____													
	Fue trasladado a otro Centro Médico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Nombre del Centro Médico _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Firma del Trabajador Afiliado</span> <span>Sello y firma del Médico que atendió el caso</span> </div>													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Lugar, fecha y hora de despacho del presente documento</span> <span>Sello y firma del Empleador</span> </div>													
	Centro Médico u Hospital: _____ Ingreso: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Diagnóstico Médico inicial: _____ Tratamiento efectuado: _____ _____ Tiempo estimado de Incapacidad para el trabajo: Internación NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Transferido a otro centro: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Centro al que fue transferido: _____ Causa de la transferencia: _____ Falleció, fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Fecha y hora del presente informe</span> <span>Sello y firma del Médico que atendió el caso</span> </div>													
	LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN POR LA AFP						NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE AFP							