



PARTE DELT@,
LO QUE EL COLABORADOR DEBE SABER

Un poco de historia



ORDEN de 9 de noviembre de 1955 por la que se reorganiza la Estadística de Accidentes del Trabajo,

Orden de 17 de diciembre de 1968 por la que se modifica el procedimiento de tramitación y el modelo del «Boletín Estadístico» para la Estadística de Accidentes de Trabajo

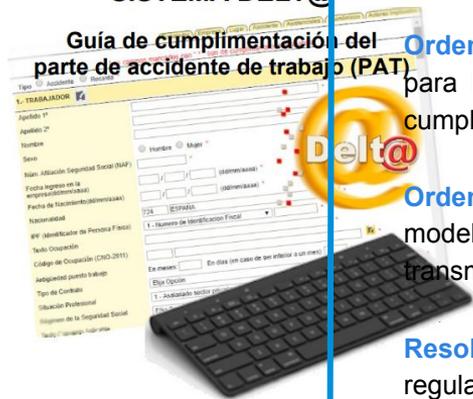
SISTEMA DELT@

Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT)

Orden de 16 de diciembre de 1987 por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo y se dan instrucciones para su cumplimentación y tramitación.

Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

Resolución de 26 de noviembre de 2002, de la Subsecretaría, por la que se regula la utilización del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (**Delt@**) que posibilita la transmisión por procedimiento electrónico de los nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo, aprobados por la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre.



Parte de Accidente de Trabajo

MODELO DE BOLETIN

BOLETIN ESTADISTICO DE ACCIDENTES DE TRABAJO																															
ENTIDAD GESTORA O MUTUA PATRONAL	Provincia de (1) <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
	Fecha BAJA <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha ALTA o fallecimiento <input style="width: 80px;" type="text"/>																														
	Días transcurridos <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
	Tarifa aplicada al puesto de trabajo <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
Nº inscripción en el Libro Registro, (2) <input style="width: 60px;" type="text"/>	Grupo <input style="width: 40px;" type="text"/> Epigrafe <input style="width: 60px;" type="text"/>																														
A {	Apellidos y nombre del trabajador <input style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
	Sexo <input style="width: 30px;" type="text"/> Est.Civil <input style="width: 30px;" type="text"/> Fecha nacto. <input style="width: 40px;" type="text"/> Nº afiliación <input style="width: 40px;" type="text"/>																														
B {	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Ocupación</th> <th style="width: 15%;">Categoría</th> <th style="width: 15%;">Total horas N. y Ext. T. en el puesto</th> <th style="width: 15%;">Hora accidente</th> <th style="width: 15%;">Hora jornada</th> <th style="width: 15%;">Día semana</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </table>	Ocupación	Categoría	Total horas N. y Ext. T. en el puesto	Hora accidente	Hora jornada	Día semana	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																		
	Ocupación	Categoría	Total horas N. y Ext. T. en el puesto	Hora accidente	Hora jornada	Día semana																									
<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																										
	Empresa o razón social (3) <input style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
C {	Localidad <input style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
	Activ. del Centro de Trabajo <input style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
D {	Como se produjo el accidente / la enfermedad profesional (4) (táchese lo que no proceda) <input style="width: 95%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
	Aparato o máquina <input style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Pieza del aparato <input style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
E {	Descripción de las lesiones <input style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Parte del cuerpo lesionada <input style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Pérdidas anatómicas o funcionales <input style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
	Consecuencias según dictamen facultativo (5) <input style="width: 95%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																														
PRESTACIONES ECONOMICAS																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Incap. trans.</th> <th style="width: 10%;">Inval. prov.</th> <th style="width: 10%;">Baremo</th> <th style="width: 10%;">Invalidez permanente</th> <th style="width: 10%;">M u e r t e</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <th>Subsidio</th> <th>Subsidio</th> <th>Indemnización</th> <th>Cantidad alzado</th> <th>Pensión</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <th>Subsidio</th> <th>Subsidio</th> <th>Indemnización</th> <th>Cantidad alzado</th> <th>Pensión</th> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </table>		Incap. trans.	Inval. prov.	Baremo	Invalidez permanente	M u e r t e	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	Subsidio	Subsidio	Indemnización	Cantidad alzado	Pensión	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	Subsidio	Subsidio	Indemnización	Cantidad alzado	Pensión	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Incap. trans.	Inval. prov.	Baremo	Invalidez permanente	M u e r t e																											
<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																											
Subsidio	Subsidio	Indemnización	Cantidad alzado	Pensión																											
<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																											
Subsidio	Subsidio	Indemnización	Cantidad alzado	Pensión																											
<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>																											
de de 19 Sello																															
Firma, <input style="width: 150px;" type="text"/>																															
NOTA: Observaciones al dorso																															

18310

19 diciembre 1968

B. O. del E.—Núm. 304

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

ORDEN de 17 de diciembre de 1968 por la que se modifica el procedimiento de tramitación y el modelo del «Boletín Estadístico» para la Estadística de Accidentes de Trabajo.

Datos a cubrir por el Instituto Nacional de Estadística

- Provincia 1
- Sexo 3
- Edad 4
- Tiempo en el puesto 5
- Hora del accidente 6
- Hora en el trabajo 7
- Actividad 8
- Causas 10
- Nat. de la lesión 12
- Región anatómica 14
- Clase incapacidad 16
- Duración lesión 17

Parte de Accidente de Trabajo

ANEXO

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

TIPO ACCIDENTE 1
RECAIDA 2

Por favor, antes de cumplimentar lee las correspondientes instrucciones y no escribas en los espacios sombreados.

DATOS	ZONA DE GRABACION	DATOS	ZONA DE GRABACION
1. TRABAJADOR		DATOS 2:	
Apellido 1: _____ Nombre: _____		- Num. Afiliación Seguridad Social	
- Num. Libro de Matrícula		- Fecha ingreso en la empresa	
- Sexo (Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>)		- Fecha de nacimiento	
- Ocupación		- D.N.I.	
		- Grupo cotización S.S.	
		- Antigüedad puesto trabajo (meses)	
		- Convenio u Ordenanza aplicable	
- Tipo de contrato			
- Régimen de la Seguridad Social (*)			
- PRIMA: División <input type="checkbox"/> Epigrafe <input type="checkbox"/>			
- Domicilio			
- Teléfono			
2. EMPRESA		- CIF o DNI	
- Nombre		- Domicilio	
- Num. inscripción Seguridad Social		- Provincia	
- Teléfono		- Municipio	
- Planilla		- Provincia	
- Domicilio		- Municipio	
- Teléfono		- Actividad económica principal	
- Documento asociación num.			
- Num. inscripción Seguridad Social			
3. CENTRO			
- Nombre			
- Domicilio			
- Teléfono			
- Documento asociación num.			
- Num. inscripción Seguridad Social			
4. ACCIDENTE		- En su trabajo habitual (S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>)	
- Fecha del accidente		- Lugar del accidente	
- En el centro de trabajo habitual <input type="checkbox"/>		- Hora de suceso del accidente (1 ^a , 2 ^a , etc.)	
- Desplazamiento en su jornada laboral <input type="checkbox"/>		- Descripción del accidente	
- Al ir o al volver del trabajo <input type="checkbox"/>			
- En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/>			
- Indíquese nombre y dirección			
- Hora del día del accidente (1 a 24)			
- Día de la semana del accidente			
- Teléfono, domicilio y teléfono			
5. ASISTENCIALES		- Grado de la lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy Grave <input type="checkbox"/> Falecimiento <input type="checkbox"/>	
- Descripción de la lesión (*)		- Tipo de establecimiento: Hospitalario <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/>	
- Parte del cuerpo lesionada (*)		- Establecimiento sanitario	
- Medio que efectuó la asistencia inmediata			
- Nombre			
- Domicilio			
- Teléfono			
6. ECONÓMICOS		C) Subsidio	
A) Base de cotización mensual		- Promedio diario	
- En el mes anterior (1)		- Base reguladora A	
- Base reguladora A (2)		- Base reguladora B	
- Base de cotización al año (4)		- Total B.R. diaria (6)	
B1 - por horas extras		- indemnización 75% (7)	
B2 - por otros conceptos			
Total B1 + B2			
Promedio diario base B (5)			
D.			
en calidad de			
de la expresada empresa, expide el presente parte			
a de			
de 19			
(firma y apdo)			
AUTORIDAD LABORAL (Señalo y fecha)		N.º EXPEDIENTE	
CCC		ENTIDAD N.º	

Espacio reservado para indicar el diagnóstico

(*) Los códigos a consignar figuran en las instrucciones (Relación de Códigos a Usar).

BOE núm. 311 Martes 29 diciembre 1987 38069

RELACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO
OCURRIDOS SIN BAJA MEDICA

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

NO. INSCRIPCIÓN S.S.: _____ C.I.F. u. N.I.: _____ PLANTILLA: _____

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

EN ESTABLECIMIENTO S.S.: _____ PROVINCIA: _____ ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: _____

RELACION DE ACCIDENTADOS

N.º	NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR		TIPO		EN AFILIACION A LA SEGUR. SOCIAL	FECHA ACCIDENTE		FIRMA
	APellidos	Nombre	TIPO	TIPO		DIA	MESES	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

Yo escribo como EMPLEADOR

Aprobado en _____ de la expresada Empresa, en calidad de

(Firma y Firma)

NO ESCRIBIR SOBRE ESPACIOS SOMBRADOS

MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

28544 ORDEN de 30 de noviembre de 1987 por la que se desarrolla la disposición adicional 35.^a de la Ley 21/1986, de 23 de diciembre, en relación con la recaudación ejecutiva.

Parte de Accidente de Trabajo

[Anexo]

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO
(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

Accidente Recaida

PAT

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1* _____ Apellido 2* _____ Nombre _____ Sexo: Varón Mujer

Nº Afiliación Seguridad Social (NºA1) (1) _____ Fecha ingreso en la empresa _____ Fecha nacimiento _____ Nacionalidad (2) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Identificador Persona Física (IPF) (3) _____ Ocupación del trabajador (4) _____ CNO-04 _____ Antigüedad puesto trabajo (5) _____ Tipo contrato (6) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Situación profesional (marque con una X la que corresponda):
 Asesinado sector privado Autónomo sin prestaciones Autónomo con prestaciones
 Asesinado sector público Autónomo sin prestaciones

Régimen Seguridad Social (7) _____ Convenio optativo _____ Español de AT y EP _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Código Postal: _____

2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre o Razón Social: _____ CIF o NIF (8) _____ Código C. Ocupación en la que está el trabajador (9) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Dirección que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.) _____ Provincia: _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Municipio: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (Nº) _____ CNAE-03 _____ Planilla correspondiente a esa C.C. (11) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Marque si actuaba en el momento del accidente como: Contratado o subcontrata Empresa de Trabajo Temporal

¿Cuál o cuáles de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? Asesoría personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa Servicio de prevención propio Servicio de prevención (trabajadores) designado(s) Servicio de prevención mancomunado Ninguna

3.- LUGAR Y CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

LUGAR

Lugar del accidente: En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En desplazamiento en su primera jornada (7) Al ir o al volver del trabajo En línea (7) En otro caso, las áreas del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

Además, marque si se ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar: _____

País: _____ Provincia: _____ Municipio: _____
 Calle y número: _____ Vía pública y punto kilométrico: _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

CENTRO DE TRABAJO

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2); Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)

Contratado o subcontrata Cumplimentar CIF o NIF _____
 Usuario de ET Cumplimentar CP o NIF _____
 Otro Cumplimentar CIF o NIF _____

DATOS DEL CENTRO: (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 1, o cuando el trabajador estuviera realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social: _____ Dirección: _____ Provincia: _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Municipio: _____ Código Postal: _____ Actividad económica principal del centro: (19) _____ Teléfono: _____ CNAE-03 _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (día-mes-año): _____ Fecha en Baja Médica _____ Día de la semana del accidente _____ Hora del día del accidente _____ Hora de trabajo (14) _____ Día de trabajo habitual _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (75) _____

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) _____

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) _____

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad P.A. específica) (18) _____

Agente material asociado a la ACTIVIDAD (P.A.) (18) _____

¿Qué hecho esencial que se aparta del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desarrollo) (20) _____

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) _____

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada? (Forma, Características de la lesión) (22) _____

Agente o agente material asociado a la lesión (23) _____

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

Marque si hubo heridos. En caso afirmativo indicar nombres, domicilio y teléfono (24) _____

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) _____

Grado de la lesión (26): Leve Grave Muy grave Parálisis/muerto Parte del cuerpo lesionado (26) _____

Valores que afectan al sistema: intensidad, nombre, dirección, teléfono

Módulo al tipo de asistencia sanitaria (27) _____ Hospitalización Ambulancia

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento _____

6.- ECONÓMICOS

A) Base de cotización mensual _____ B) Base de cotización al año (8) _____ C) Subsidio _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

-En el mes anterior (1) _____ -Por horas extras _____ -Por horas complementarias _____ -Por horas extraordinarias _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

-Días cotizados (2) _____ -Días cotizados A _____ -Días cotizados B _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

-Días cotizados A (3) _____ -Días cotizados B (3) _____ -Días cotizados B (3) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Totales: Total en € (9) _____ Promedio diario base B (8) _____ Total R. diario (8) _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

Cuanto del subsidio (19) (7) _____

Denominación: _____ ENTIDAD N.º _____ AUTORIDAD LABORAL (Gobierno y Foros)
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

en el nombre de _____ de la empresa. N.º EXPEDIENTE _____
 Vía pública y punto kilométrico: _____
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00)

(mes y año) _____

* Téngase en cuenta que debajo del título "Parte de accidente de trabajo", donde dice: "(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)", debe decir: "(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones), y que en el apartado 6, Económicos, en el penúltimo recuadro, donde dice: "Entidad n.º", debe decir: "Entidad Gestora o Colaboradora n.º", según la corrección de errores publicada en BOE num. 294, de 9 de diciembre de 2002 Ref. BOE-A-2002-23891.



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 «BOE» núm. 279, de 21 de noviembre de 2002
 Referencia: BOE-A-2002-22650

¿Cómo realizamos la atención del accidentado en ASEPEYO?



¿Qué es el Volante de Asistencia?

Descripción inicial del incidente

[enlace al volante](#)

 ASEPEYO

Empresa

Nº CCC (código cuenta cotización) /

Rogamos presten asistencia al trabajador/a de esta empresa

Nombre y apellidos

Nº afiliación S.S. / / Nº DNI

quien ha sufrido un incidente, a las horas del día ,
en

de la siguiente forma

Horario laboral del día del incidente

De acuerdo con las vigentes disposiciones legales, en caso de accidente de trabajo se cumplimentará:

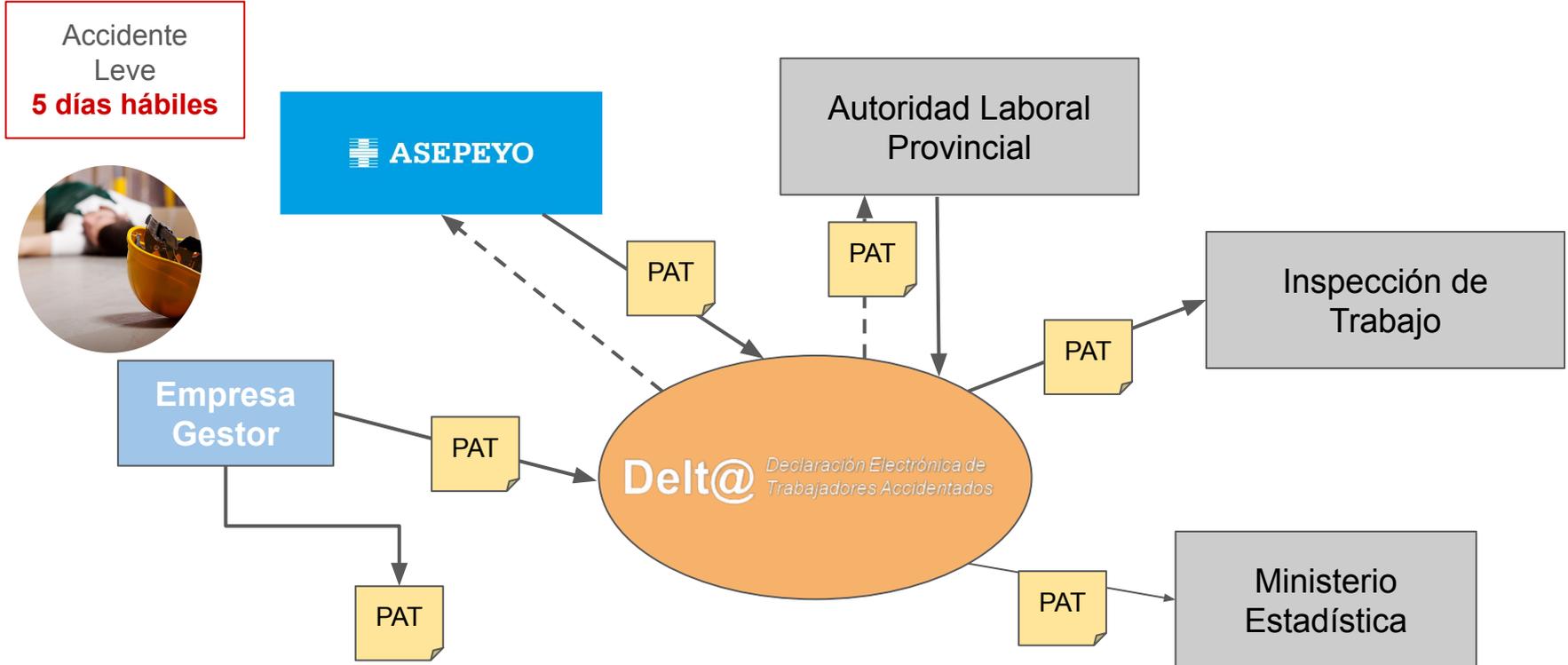
- Si causa baja, el parte de accidente dentro de los cinco días siguientes a la fecha de baja.
- Si no causa baja, se incluirá en la relación de casos sin baja del mes siguiente al de la asistencia.

a , de de

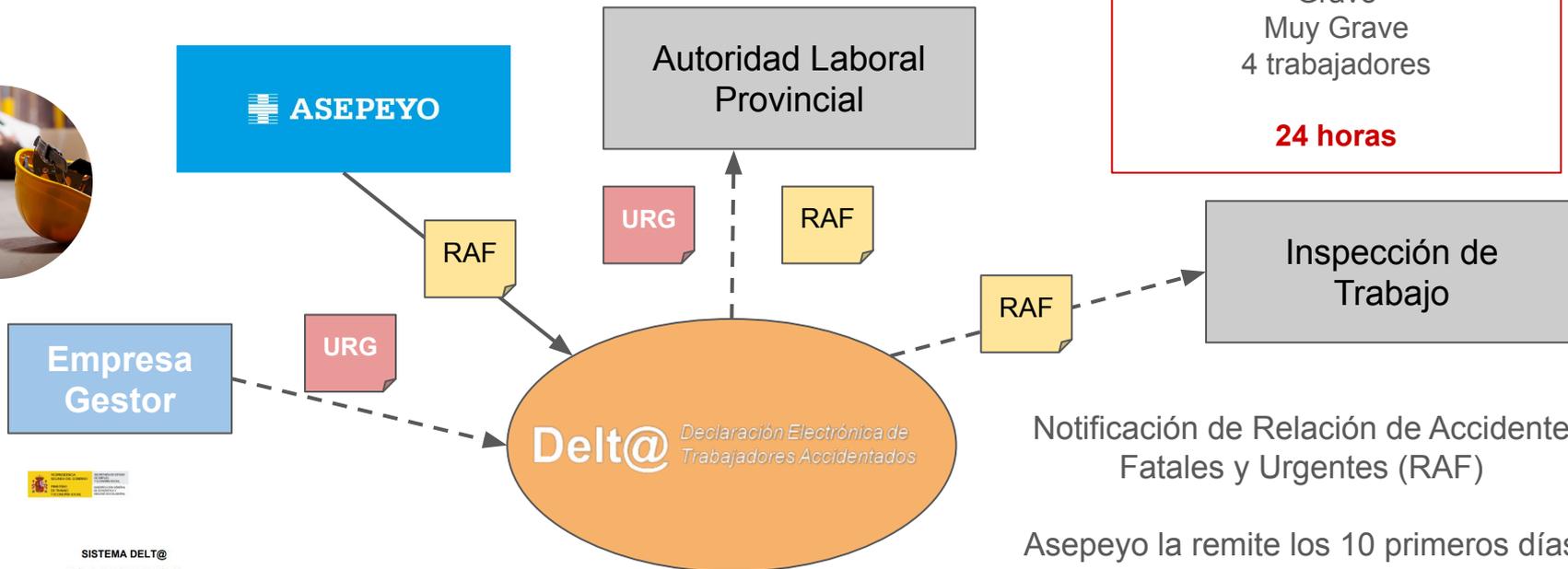
(Firma y sello de la empresa)

Plazos Legales de cumplimentar el parte Delt@

Notificación de Partes Delt@ con baja y sin baja



Plazos Legales de cumplimentar el parte Delt@



URG
En Jornada (no in itinere)
 Fallecimiento Grave
 Muy Grave
 4 trabajadores
24 horas

Inspección de Trabajo

Notificación de Relación de Accidente Fatales y Urgentes (RAF)

Asepeyo la remite los 10 primeros días del mes siguiente



SISTEMA DELT@

Guía de cumplimentación de la relación de accidentes sin baja (RATSB), la comunicación de alta o fallecimiento (AF), y la comunicación urgente (URG)

Viernes, 16 de Mayo de 2025

Usuario No Registrado

Inicio

Acceso a Delta

Nuevo usuario
Usuario registrado

Usuario no registrado

Comunicaciones urgentes
Partes de accidentes de trabajo

Consultas

Recursos de ayuda

Atención al usuario

Entorno de pruebas

Comunicaciones Urgentes

También puede enviar la comunicación urgente a los Fax de las Autoridades Laborales de la lista siguiente: ?

Datos personales (persona que se dispone a enviar el comunicado urgente)

Los campos marcados con "*" son de cumplimentación obligatoria

Ayuda

Nombre *

Apellido 1º *

Apellido 2º

IPF (Identificador de Persona Física)

Número de Identificación Fiscal (NIF) *

Teléfonos

Aceptar

Cancelar

La notificación de Comunicaciones Urgentes de Accidentes de Trabajo se realiza en los supuestos referidos en el artículo 6 de la Orden de 16 de Diciembre de 1987.

«En aquellos accidentes ocurridos en el centro de trabajo o por desplazamiento en jornada de trabajo que provoquen el fallecimiento del trabajador, que sean considerados como graves o muy graves o que el accidente ocurrido en un Centro de Trabajo afecte a más de cuatro trabajadores, pertenezcan o no en su totalidad a la plantilla de la Empresa, el empresario, además de cumplimentar el correspondiente modelo, comunicará, en el plazo máximo de veinticuatro horas, este hecho...»

Parte Sin Baja

ENTIDAD NOMBRE:
 ENTIDAD NÚMERO:

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

MES:
 AÑO:

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
C.C. COTIZACIÓN	C.I.F. O D.N.I	PLANTILLA

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CCC / NAF	PROVINCIA	MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL
-----------	-----------	-----------	-------------------------------

RELACIÓN DE ACCIDENTADOS

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (1)	IPF (2)		TIPO DE CONTRATO (3)		FECHA ACCIDENTE			FORMA CONTACTO (4)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)
		VARÓN	MUJER		CÓDIGO	Nº. DOCUMENTO	INDEFINIDO	TEMPORAL	DÍA	MES	AÑO			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como indefinido

D. _____ en calidad de _____ de la Empresa, expide la presente Relación en: _____ a _____ de _____ de 200__

AUTORIDAD LABORAL

Sin Baja
5 días hábiles
 del mes
 siguiente

Posibles Motivos de Rechazo

Recibimos un Delt@ de un trabajador que no ha acudido a Asepeyo

- Pluriempleo
- Falta de comunicación del accidente

4. ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente

Hora del día del accidente (1 a 24) Hora de trabajo (14) (1ª, 2ª, etc.) Era su trabajo habitual Sí NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15): **ENE CONTRATO CON OTRA EMPRESA** TROPEZO Y CAYO AL SUELO GOLPEANDOSE RODILLA DERECHA, PULGAR M
ANO IZQUIERDA Y TOBILLO IZQUIERDO

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16): Centros sanitarios, clínicas, hospitales, centros geriátricos 0 5 1

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17): Limpieza de locales, de máquinas - industrial o manual 5 3

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18): Hacer movimientos en un mismo sitio 6 7

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): Superficies en general 0 1 | 0 2 | 0 1 | 0 0

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual del trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20): CAIDA AL MISMO NIVEL 5 2

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21): Superficies en general 0 1 | 0 2 | 0 1 | 0 0

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22): Golpe sobre o contra resultado de una caída del trabajador 3 1

Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23): Superficies en general 0 1 | 0 2 | 0 1 | 0 0

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24):

Posibles Motivos de Rechazo

CAMPOS NO EDITABLES POR ASEPEYO

- Equivocación en el número de la SS



PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentarlo lea las instrucciones)

Accidente: Recaída:

1. TRABAJADOR	Apellido 1º: [] Apellido 2º: [] Nombre: [] Sexo: Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
	Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) <input type="text" value="7124"/> Fecha ingreso en la empresa [] Fecha nacimiento [] Nacionalidad (2) Española <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
2. EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTABA DE ALTA EN LA S.S.	Identificador Persona Física (IPF) (3) [] Ocupación del trabajador: (4) [] CNO-11 [] Antigüedad puesto trabajo (5) meses [] días [] Tipo contrato (8) []
	Situación profesional: <input checked="" type="checkbox"/> Asalariado sector privado <input type="checkbox"/> Asalariado sector público <input type="checkbox"/> Autónomo sin asalariados <input type="checkbox"/> Autónomo con asalariados <input type="checkbox"/> Autónomo socio de cooperativa <input type="checkbox"/> Autónomo trabajador familiar (colaborador)
	Régimen Seguridad Social (7) <input type="checkbox"/> 0,1 <input type="checkbox"/> Convenio aplicable: []
	Domicilio: [] Teléfono: [] Provincia: [] Municipio: [] Código Postal: []
2. EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTABA DE ALTA EN LA S.S.	Nombre o Razón social [] CIF o NIF (8) [] Código C. Cotización en la que está el trabajador (9) []
	Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.): []
	Provincia: [] <input type="checkbox"/> 0,1 <input type="checkbox"/> Municipio: [] Código Postal: [] Teléfono: []
	Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10): [] CNAE [] Plantilla correspondiente a esa C.C. []
Marque si actuaba en el momento de accidente como: <input type="checkbox"/> Contrata o subcontrata <input type="checkbox"/> Empresa de Trabajo Temporal	
¿Cuál o cuáles de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa?	
<input type="checkbox"/> Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Servicio de prevención propio <input checked="" type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno <input type="checkbox"/> Trabajador(es) designado(s) <input type="checkbox"/> Servicio de prevención mancomunado <input type="checkbox"/> Ninguna	

Posibles Motivos de Rechazo

CAMPOS NO EDITABLES POR ASEPEYO

- Fecha de baja y fecha de accidente

4. ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente (1 a 24) Hora de trabajo (1ª, 2ª, etc.) Era su trabajo habitual SÍ NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15): []

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16): []

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17): []

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18): []

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): []

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual del trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20): []

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21): []

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22): []

Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23): []

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24): []

Posibles Motivos de Rechazo

CAMPOS NO EDITABLES POR ASEPEYO

- Código de Cuenta de Cotización

3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

Lugar del accidente: En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En desplazamiento en su jornada laboral(*) Al ir o al volver del trabajo, in itinere(*)
 (*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual
 Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:
 País: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Calle y número: _____
 Vía Pública y punto kilométrico: _____ Otro lugar (especificar): _____

Centro de trabajo

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)
 Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)
 Contrata o subcontrata - CIF o NIF _____ Usuaria de ETT - CIF o NIF _____ Otra - CIF o NIF _____

Datos del centro: (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón social: _____ Domicilio: _____ Provincia: _____
 Municipio: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
 Plantilla actual del Centro (12) _____ **Código Cuenta Cotización** _____ Actividad económica principal del centro (13) _____ CNAE _____

Accidente in itinere

3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

Lugar del accidente: En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En desplazamiento en su jornada laboral(*) Al ir o al volver del trabajo, in itinere(*)
 (*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:
 País: **España** Provincia: **Madrid** **28** Municipio: **(MUNICIPIO)** Calle y número: **EN ESTE CASO NO SE RELLENA**
 Vía Pública y punto kilométrico: **KM 47 DE LA CARRETERA DE LA C** Otro lugar (especificar): **SOLO SI PRECISA DATO ADICIONAL**

Centro de trabajo

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2) **ES EL CENTRO QUE ORGANIZA EL TRABAJO O DA INSTRUCCIONES DE TRABAJO**
 Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)
 Contrata o subcontrata - CIF o NIF _____ Usuaría de ETT - CIF o NIF _____ Otra - CIF o NIF _____

Datos del centro: (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón social: **EMPRESA S.L.** Domicilio: **EN ESTE EJEMPLO ES OTRO CENTRO DE TRABAJO** Provincia: **Madrid** **28**
 Municipio: **MUNICIPIO** Código Postal: **28** Teléfono: _____

Plantilla actual del Centro (12) **28** Código Cuenta Cotización **28** Actividad económica principal del centro (13) _____ CNAE _____

4. ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) _____ Fecha de Baja Médica _____ Día de la semana del accidente **Lunes** Hora del día del accidente (1 a 24) **23** Hora de trabajo (1ª, 2ª, etc.) **99** Era su trabajo habitual Sí NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15): **ACCIDENTE DE TRAFICO** **NO ES UNA DESCRIPCIÓN VÁLIDA**

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16): **EN LA CARRETERA** **062**

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17): **Colocación, preparación, instalación, montaje, desmantelamiento, desmontaje** **51**

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18): **ESTABA EN UN VEHICULO** **33**

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): **Automóviles** **120201010**

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual del trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20): **ACCIDENTE** **614**

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21): **Automóviles** **1120201010**

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22): **POR ACCIDENTE DE TRAFICO** **414**

Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23): **VEHICULO** **1120201010**

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24): _____

- La autoridad rechaza el parte si falta lugar del accidente
- Hora del día coherente con la Hora de trabajo 00 ó 99
- Descripción precisa del accidente y codificación

Agente material asociado

Ajustar código a la descripción



SISTEMA DELT@

Guía de cumplimentación del parte de accidente de trabajo (PAT)



Marzo 2023

Apartado 3. Ejemplos de codificación de estos campos

- 1) En una obra de nueva construcción, un albañil sube una herramienta por la escalera y pisa un clavo que sobresale de un trozo de madera que está en el suelo.

Campo	Código	Descripción (resumida)
Tipo de lugar	021	Obra-edificio en construcción
Tipo de trabajo	22	Nueva construcción - edificio
Actividad física específica	61	Andar, correr, subir, bajar
Agente material actividad física	02.01.01.00	Escalera
Desviación	61	Pisar un objeto cortante
Agente material desviación	01.02.01.05	Tabla con clavos
Contacto	52	Contacto con Agente punzante (clavo o herramienta afilada)
Agente material contacto	14.04.02.00	Clavos

- 2) En un hospital, una enfermera se lesiona en el pulgar. Cuando trataba de depositar una jeringa en el contenedor de residuos se pichó con otra aguja que estaba de punta dentro del contenedor.

Campo	Código	Descripción (resumida)
Tipo de lugar	051	Centros sanitarios, clínicas, hospitales
Tipo de trabajo	41	Servicios, curas, asistencia a personas
Actividad física específica	46	Verter, introducir líquidos, llenar, vaciar
Agente material actividad física	11.09.06.00	Cubo de la basura, recipiente para basuras
Desviación	64	Gestos intempestivos, desafortunados
Agente material desviación	06.14.01.00	Jeringa, aguja
Contacto	52	Contacto con Agente punzante (clavo o herramienta afilada)
Agente material contacto	06.14.01.00	Jeringa, aguja

Codificación del accidente



- 16) En la cocina de un restaurante, una persona que está fregando se lesiona la mano con una taza rota.

Campo	Código	Descripción (resumida)
Tipo de lugar	044	Restaurante
Tipo de trabajo	53	Limpieza manual
Actividad física específica	49	Manipulación de objeto – otra
Agente material actividad física	17.08.00.00	Utensilios domésticos (uso profesional)
Desviación	64	Gestos inoportunos, desafortunados
Agente material desviación	00.01.00.00	Ningún agente material
Contacto	51	Contacto con agente material cortante
Agente material contacto	14.05.01.00	Fragmentos, astillas, cristales rotos



agente material asociado

ajustar código a la descripción

Codificación del accidente. Pluriempleada.

4. ACCIDENTE	Fecha del accidente (día/mes/año)	Fecha de Baja Médica	Día de la semana del accidente	Hora del día del accidente (1 a 24)	Hora de trabajo (14) (1ª, 2ª, etc.)	Era su trabajo habitual
	2 3 0 9 2 0 2 4	2 3 0 9 2 0 2 4	Lunes	1 2	3	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente					
	Descripción del accidente (15): IENTE CONTRATO CON OTRA EMPRESA. TROPEZO Y CAYO AL SUELO GOLPEANDOSE RODILLA DERECHA, PULGAR M ANO IZQUIERDA Y TOBILLO IZQUIERDO					
	¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16): Centros sanitarios, clínicas, hospitales, centros geriátricos					
	¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17): Limpieza de locales, de máquinas - industrial o manual					
	¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18): Hacer movimientos en un mismo sitio					
	Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): Superficies en general					
	¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual del trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20): CAIDA AL MISMO NIVEL					
	Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21): Superficies en general					
¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22): Golpe sobre o contra resultado de una caída del trabajador						
Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23): Superficies en general						
<input type="checkbox"/> Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador <input type="checkbox"/> Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24):						

Descripción de la Lesión



SISTEMA DELT@

Guía de cumplimentación de la parte de accidente de trabajo (PAT)



En caso de que la lesión no esté localizada en un único lugar concreto del cuerpo:

- Se debe emplear el código 78 «múltiples partes afectadas» cuando la lesión afecta a varias partes concretas del cuerpo (pero no a todo el cuerpo) (*ejemplo: quemadura que afecta a un brazo y al tronco*).
- Se debe utilizar el código 71 «todo el cuerpo (efectos sistémicos)» cuando la lesión afecta a todo el cuerpo (*ejemplos: choque eléctrico mortal; envenenamiento o infección que afecta a la salud general y sin localización específica*) o bien cuando la lesión no tiene una localización física (*ejemplo: daños psicológicos*).

Documentación



Parte de baja

- Sólo al trabajador
- Baja muy corta de duración
- Baja con próxima revisión médica
- e-AT. Comunicación a la empresa



Parte de alta

El facultativo entrega a la persona trabajadora una única copia del parte médico de alta.

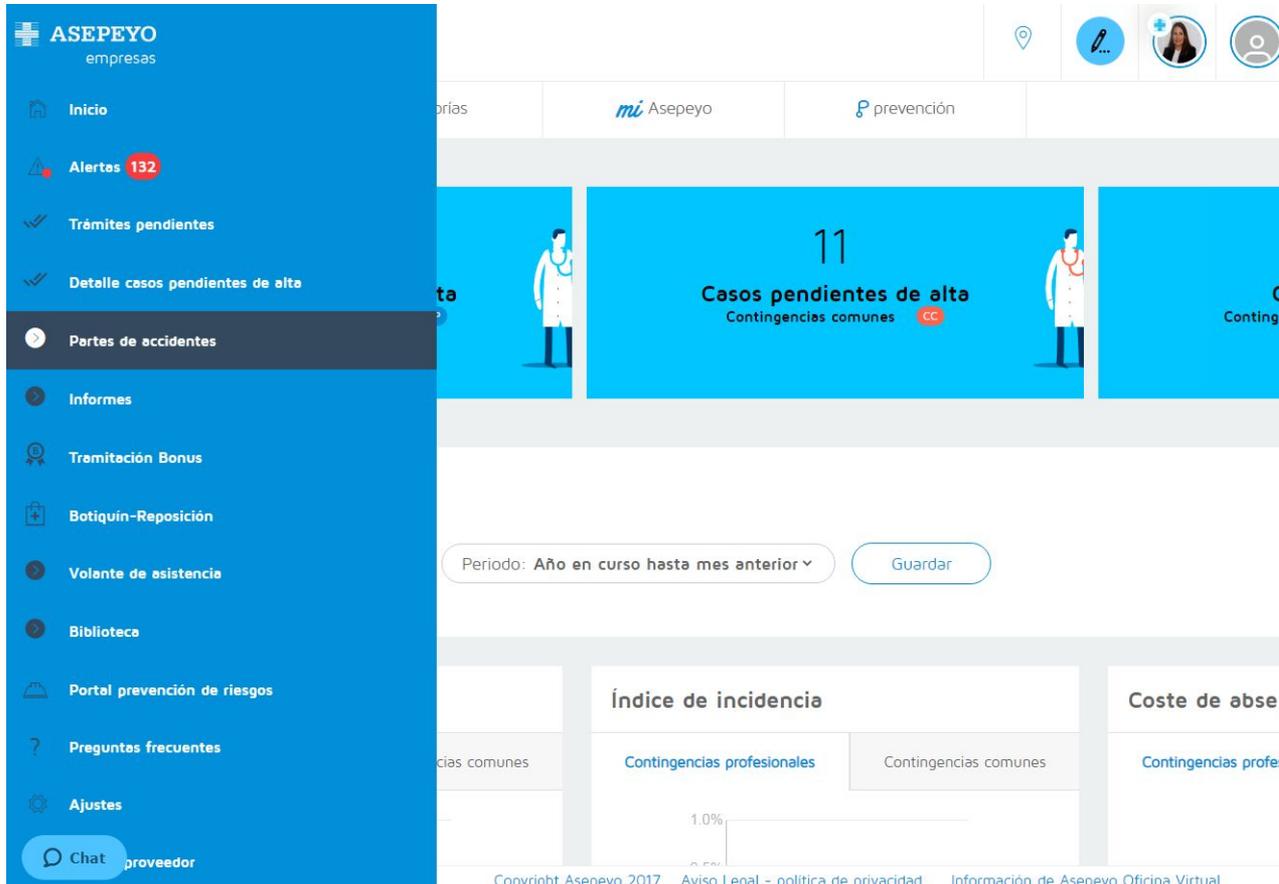


Parte de confirmación

Según la estimación de la duración del proceso de incapacidad temporal

Documentación

Asepeyo Oficina Virtual



The screenshot shows the Asepeyo Oficina Virtual dashboard. On the left is a blue navigation sidebar with the following menu items: Inicio, Alertas (132), Trámites pendientes, Detalle casos pendientes de alta, Partes de accidentes (highlighted), Informes, Tramitación Bonus, Botiquín-Reposición, Volante de asistencia, Biblioteca, Portal prevención de riesgos, Preguntas frecuentes, Ajustes, and Chat proveedor. The main content area features a top navigation bar with 'mi Asepeyo' and 'prevención' tabs. A central banner displays '11 Casos pendientes de alta' with a sub-label 'Contingencias comunes' and a red 'CC' indicator. Below this is a 'Guardar' button and a dropdown menu for 'Periodo: Año en curso hasta mes anterior'. At the bottom, there are sections for 'Índice de incidencia' and 'Coste de absen...', with sub-sections for 'Contingencias profesionales' and 'Contingencias comunes'.

¿Tienes una pequeña o mediana empresa o eres autónomo/a?

Nuestro portal de prevención es para ti

[Más información](#)

¿Te preocupa el bienestar organizacional de tu empresa?

En nuestro Portal de prevención te damos las claves para abordarlo

[Más información](#)

Notificar a la autoridad Laboral

LPRL Art. 9. Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

d) Informar a la autoridad laboral sobre los accidentes de trabajo mortales, muy graves o graves, y otros relevantes. Además de las Enfermedades Profesionales.

LPRL Art. 23 Documentación

1.e) Relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con baja.

3. El empresario estará obligado a notificar por escrito a la autoridad laboral los daños para la salud de los trabajadores a su servicio.

LPRL Art. 36. 2 b) y c) derecho de los Delegados de Prevención a tener acceso al resultado de las investigaciones.

Investigar los daños a la salud

LPRL Art. 16.3.

Daño a la salud:

- accidente con baja o sin baja
- vigilancia de la salud

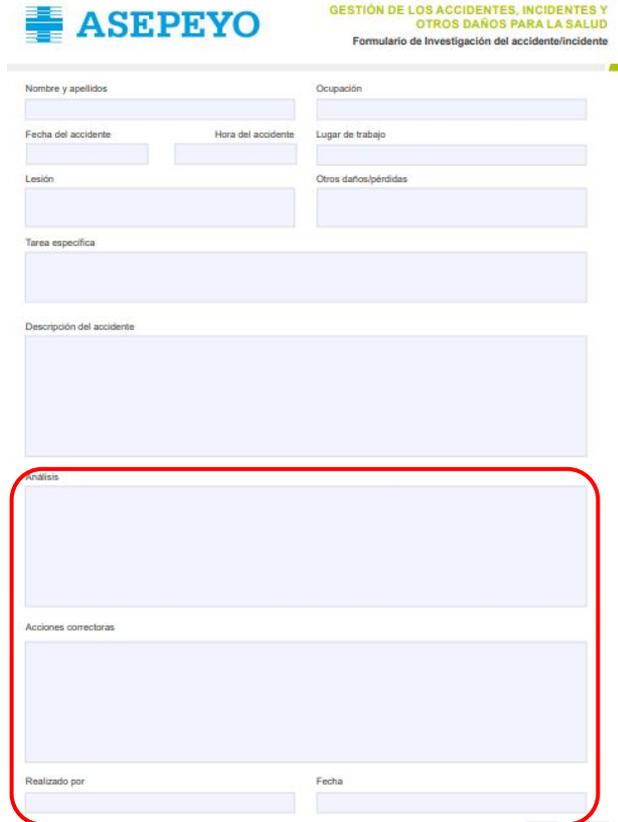
Investigar las causas

Modificar la ERL

LPRL Art. 24 (CAE Real Decreto 171/2004)

Informar a todas las partes involucradas sobre el incidente, las medidas preventivas aplicadas y las acciones a realizar.

Modelo de Investigación del Accidente



ASEPEYO GESTIÓN DE LOS ACCIDENTES, INCIDENTES Y OTROS DAÑOS PARA LA SALUD
Formulario de Investigación del accidente/incidente

Nombre y apellidos: Ocupación:

Fecha del accidente: Hora del accidente: Lugar de trabajo:

Lesión: Otros daños/pérdidas:

Tarea específica:

Descripción del accidente:

Análisis:

Acciones correctoras:

Realizado por: Fecha:

Información que debe coincidir con el parte **Delt@**

Análisis

Acciones Correctoras y quién las implantará
Quién lo ha investigado

Prevención de riesgos laborales Gestión OD

Gestión de los accidentes, incidentes y otros daños para la salud

Listas de autoevaluación y formularios



ASEPEYO

Ejemplo de Delt@ e investigación del accidente

Ceñirse a lo que se conoce, indicar lo que se desconoce y evitar hipótesis.

4. ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente	
	Descripción del accidente (15): Estando realizando trabajos de encintados subido a un andamio de 2 metros, el andamio resbaló provocando la caída del trabajador al suelo	
	¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16): OBRA	0 2 1
	¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17): encintado	2 2
	¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fís. específica) (18): encintar	2 1
	Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19): Andamio desplazable sobre ruedas	0 2 0 1 3 0 1 3 0 1 0
	¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual del trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20): andamio resbalo provocando caída del trabajador	3 4
	Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21): Andamio desplazable sobre ruedas	0 1 2 0 1 3 0 1 3 0 1 0
¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22): caída del trabajador	3 1	
Aparato o agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (23): resbalon andamio y caída al suelo	0 1 2 0 1 3 0 1 3 0 1 0	
<input type="checkbox"/> Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador	<input type="checkbox"/> Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24):	

(albañil). Para realizar el encitado del cerramiento se encontraba subido a un andamio móvil de dos cuerpos marca ; cuando en un momento determinado, el trabajador había retirado las barandas frontales del andamio, apoyándose en el trasdosado del cerramiento, de manera que al apoyarse para auparse para poder llegar a los lugares donde tenía que realizar el encintado, pierde el equilibrio cayendo del andamio y produciendo multiples lesiones.

Leve

Art 11.2. No dar cuenta, en tiempo y forma (**Delt@**), a la autoridad laboral competente, conforme a las disposiciones vigentes, de los accidentes de trabajo ocurridos y de las enfermedades profesionales declaradas cuando tengan la calificación de leves

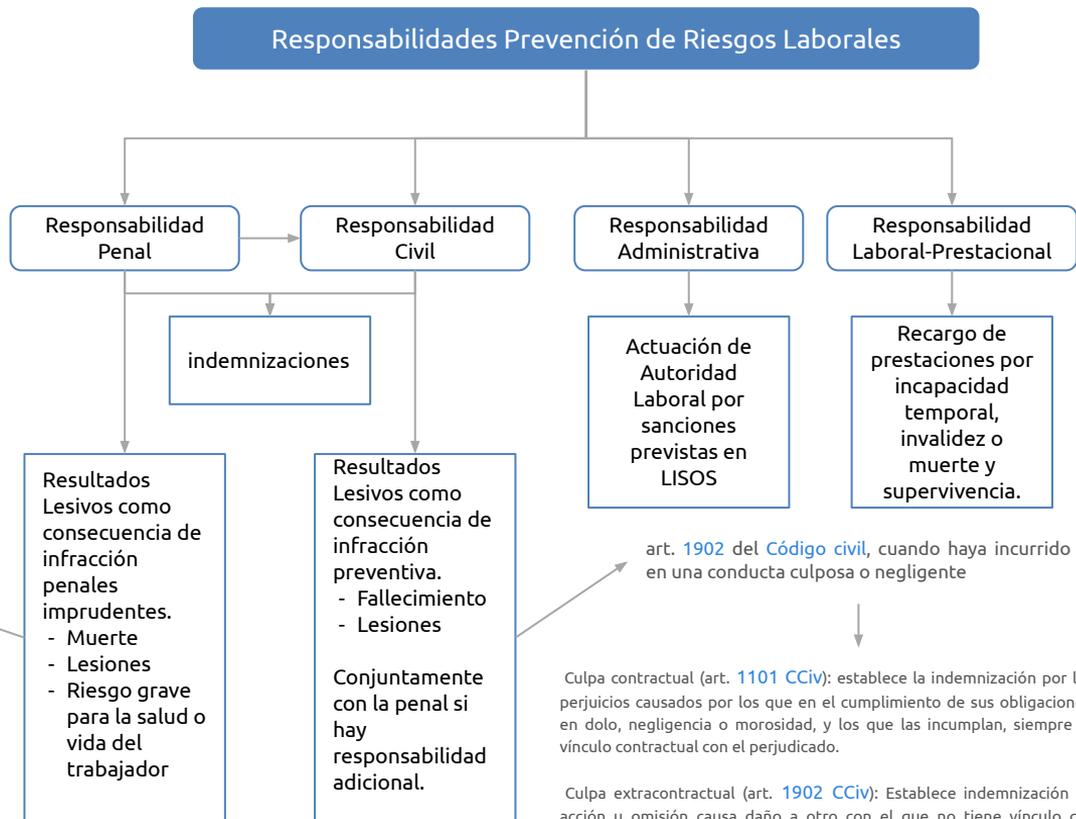
Grave

Art 11.3. No dar cuenta en tiempo y forma a la autoridad laboral, conforme a las disposiciones vigentes, de los accidentes de trabajo ocurridos y de las enfermedades profesionales declaradas cuando tengan la calificación de graves, muy graves o mortales, o no llevar a cabo una **investigación** en caso de producirse daños a la salud de los trabajadores o de tener indicios de que las medidas preventivas son insuficientes.

4. No registrar y archivar los datos obtenidos en las evaluaciones, controles, reconocimientos, **investigaciones** o informes a que se refieren los artículos 16, 22 y 23 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Leves	45 a 485 euros	486 a 975 euros	976 a 2.450 euros
Graves	2.451 a 9.830 euros	9.831 a 24.585 euros	24.586 a 49.180 euros
Muy Graves	49.181 a 196.745 euros	196.746 a 491.865 euros	491.866 a 983.736 euros

Art. 42.1 LPRL incumplimiento por los empresarios de sus obligaciones



Infracción de las normas de prevención con peligro para la vida o integridad física de los trabajadores (art. 316 CP). En este supuesto, no es necesario que se produzcan daños, es suficiente el hecho de haber creado y aceptado la situación de peligro.

Infracción de las normas de prevención por imprudencia grave con peligro para la vida o integridad física de los trabajadores (art. 317 CP).

art. 1902 del Código civil, cuando haya incurrido en una conducta culposa o negligente

Culpa contractual (art. 1101 CCiv): establece la indemnización por los daños y perjuicios causados por los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurran en dolo, negligencia o morosidad, y los que las incumplan, siempre que exista vínculo contractual con el perjudicado.

Culpa extracontractual (art. 1902 CCiv): Establece indemnización al que por acción u omisión causa daño a otro con el que no tiene vínculo contractual, interviniendo culpa o negligencia.



Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº 151, en adelante "Asepeyo", es titular de todos los derechos de propiedad intelectual de esta publicación. Ni la totalidad ni parte de la misma pueden reproducirse ni transmitirse para propósitos de carácter público o comercial sin autorización escrita de Asepeyo. Esta publicación contiene información de carácter general. Asepeyo no se hace responsable de los daños y perjuicios que pudieran derivarse de su utilización.