

MINISTERIO DE ECONOMÍA 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.*

Ilustrísimo señor:

Siendo inminente la apertura del procedimiento de implantación de la nueva organización recaudatoria, con el consiguiente traspaso de valores a las nuevas Unidades de Recaudación, en cumplimiento del Real Decreto 1327/1986, de 13 de junio, se hace necesario fijar el coste de exacción y recaudación de los valores en vía ejecutiva existentes en las Recaudaciones y Tesorerías de Hacienda, a efectos de posibilitar la baja en cuentas de aquellos que no superen dicho coste.

La disposición adicional 35.^a de la Ley 21/1986, de 23 de diciembre, autoriza al Ministerio de Economía y Hacienda «la anulación y baja en contabilidad de todas aquellas liquidaciones de las que resulten deudas inferiores a la cuantía que se estime y fije como insuficiente para la cobertura del coste que su exacción y recaudación representen».

Asimismo y referido también a los valores en vía ejecutiva, resulta inaplazable la fijación del coste de exacción y recaudación de los intereses de demora devengados por las liquidaciones ingresadas en dicha vía, con el fin de evitar la proliferación de liquidaciones por importes mínimos que dificultarían en gran manera la gestión administrativa de la Hacienda Pública.

En consecuencia, este Ministerio, de acuerdo con el dictamen del Consejo de Estado, dispone lo siguiente:

Primero.—Serán dados de baja dentro del procedimiento regulado por el Real Decreto 1451/1987, de 27 de noviembre, siempre que conste haber sido realizadas las gestiones de cobro ordinarias, los valores que a la entrada en vigor de dicho Real Decreto se encuentren cargados a las Zonas de Recaudación y Tesorerías de

Hacienda cuya deuda, excluido el recargo de apremio, no exceda de 10.000 pesetas, cantidad que se estima como la mínima suficiente para cubrir el coste de exacción y recaudación.

Segundo.—No se practicará liquidación de interés de demora de las liquidaciones cuyo cobro se realice en vía de apremio cuando los devengados sean inferiores a 2.000 pesetas, cantidad que se estima como la mínima suficiente para cubrir el coste de exacción y recaudación.

Tercero.—La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Lo que comunico a V. I.
Madrid, 30 de noviembre de 1987.

SOLCHAGA CATALAN

Ilma. Sra. Directora general de Recaudación.

28545 *CORRECCION de erratas de la Orden de 25 de octubre de 1987 por la que se regulan las operaciones de cierre del ejercicio de 1987 en relación con la contabilidad de Gastos Públicos.*

Padecidos errores en la inserción de la citada Orden, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 265, de fecha 5 de noviembre de 1987, a continuación se formulan las oportunas rectificaciones:

En la página 33148, primera columna, 6.1.1, primera línea, donde dice: «Hasta el día 30 de diciembre de 1987 se contabilizará», debe decir: «Hasta el día 30 de diciembre de 1987 se contabilizará».

En la misma página, segunda columna, 8.1, primer párrafo, cuarta línea, donde dice: «Contabilida del Ministerio de Defensa formarán una relación», debe decir: «Contabilidad del Ministerio de Defensa formarán una relación».

En las mismas página y columna, 10.2, segundo párrafo, primera línea, donde dice: «la expedición, en su caso, de los documentos 0-601 subsi», debe decir: «la expedición, en su caso, de los documentos 0-601 subsi».

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

28546 *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.*

El artículo 21 de la Orden del Ministerio de Trabajo de 13 de octubre de 1967, por el que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social determina la obligación de que las Empresas notifiquen los accidentes de trabajo ocurridos a los trabajadores que prestan sus servicios mediante la cumplimentación y tramitación del parte de accidente, cuyo modelo oficial fue aprobado por Resolución de la entonces Dirección General de Previsión de 22 de septiembre de 1969. Esta obligación se extiende, por Orden del Ministerio de Trabajo de 16 de mayo de 1970, en los mismos términos y condiciones, a las Empresas que empleen trabajadores comprendidos en el campo de aplicación de cualquiera de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social cuya acción protectora comprenda la contingencia de accidente de trabajo.

La Orden de la Presidencia del Gobierno de 28 de mayo de 1974 delegaba las funciones del Instituto Nacional de Estadística, en cuanto a la elaboración de las estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en la Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo; funciones que, a partir de la reestructuración del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por Real Decreto 530/1985, de 8 de abril, han sido atribuidas, según lo establecido en el artículo 7.^º de dicho Real Decreto, a la Dirección General de Informática y Estadística.

Consultadas las Organizaciones sindicales y empresariales más representativas, las Entidades gestoras y colaboradoras y el Insti-

tuto Nacional de Estadística, se ha considerado conveniente modificar la correspondiente estadística, para lo cual es necesario establecer nuevos modelos e instrucciones para la cumplimentación y tramitación de los mismos, con objeto de facilitar a las Empresas la notificación de los accidentes, agilizar la tramitación que en esta materia corresponde a las Entidades gestoras o colaboradoras, mejorar la significación de los datos estadísticos y, al mismo tiempo, racionalizar y reducir los costes en la elaboración de la estadística, además de posibilitar una mejor comparabilidad internacional de las cifras.

En su virtud, previa aprobación del Ministerio para las Administraciones Públicas, he tenido a bien disponer:

Artículo 1.^º 1. Los modelos oficiales establecidos en la presente Orden son los siguientes:

- Parte de accidente de trabajo.
- Relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica.
- Relación de altas o fallecimientos de accidentados.

2. Los destinatarios de los modelos y la copia que corresponde a cada uno de ellos son los que a continuación se establecen:

a) Destinatarios del parte de accidente de trabajo:

- Entidad gestora o colaboradora: Original.
- Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Primera copia.
- Autoridad laboral: Segunda copia.
- Empresario: Tercera copia.
- Trabajador: Cuarta copia.

b) Destinatarios de la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica:

- Entidad gestora o colaboradora: Original.
- Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Primera copia.
- Autoridad laboral: Segunda copia.
- Empresario: Tercera copia.
- Trabajador: Cuarta copia.

c) Destinatarios de la relación de altas o fallecimientos de accidentados:

- Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Art. 2.º 1. El empresario cumplimentará, según los casos, el parte de accidente de trabajo y la relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica en los modelos oficiales y según las instrucciones que figuran en anexo a la presente Orden, al dorso de los correspondientes modelos.

El empresario conservará su ejemplar, que le servirá como justificante, entregará la correspondiente copia al trabajador accidentado o representante que lo justifique, caso que el accidentado no pueda hacerse cargo de él personalmente, y enviará a la Entidad gestora o colaboradora los restantes ejemplares.

2. Los trabajadores por cuenta propia o autónomos comprendidos en el campo de aplicación de Regímenes Especiales, cuya acción protectora comprenda la contingencia de accidente de trabajo, deberán cumplir lo establecido en el punto 1 del apartado 2, respecto al parte de accidente de trabajo, en los accidentes sufridos por ellos mismos.

3. La Entidad gestora o colaboradora cumplimentará la relación de altas o fallecimientos de accidentados según modelo oficial que figura en anexo a la presente Orden.

Art. 3.º Los modelos establecidos deberán cumplimentarse en los casos y siguiendo los procedimientos que a continuación se indican:

a) El parte de accidente de trabajo deberá cumplimentarse en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del accidentado del lugar de trabajo de, al menos, undía -salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente-, previa baja médica.

Dicho documento será remitido por el empresario o trabajador por cuenta propia, según proceda, de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 de la presente Orden, a la Entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en el plazo máximo de cinco días hábiles, contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.

b) La relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica deberá cumplimentarse mensualmente en aquellos accidentes de trabajo que no hayan causado baja médica.

Dicho documento será remitido por el empresario o trabajador por cuenta propia, según proceda, de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 de la presente Orden, a la Entidad gestora o colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos.

c) La relación de altas o fallecimientos de accidentados deberá cumplimentarse mensualmente, relacionándose aquellos trabajadores para los que se hubieran recibido los correspondientes partes médicos de alta.

Dicho documento será remitido mensualmente por la Entidad gestora o colaboradora a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social antes del día 10 del mes siguiente al de referencia de los datos, y se acompañará de escrito en el que conste el número de documentos remitidos.

Art. 4.º La Entidad gestora o colaboradora deberá codificar las casillas sombreadas que figuran en los modelos parte de accidente de trabajo y relación de accidentes de trabajo ocurridos sin baja médica a ella remitidos y subsanar los errores advertidos en la cumplimentación de los mismos. Si la Entidad gestora o colaboradora no pudiera subsanar dichos errores, devolverá los modelos a la Empresa para que en el plazo máximo de cinco días hábiles le sean remitidos debidamente cumplimentados.

La Entidad gestora o colaboradora presentará ante la autoridad laboral de la provincia donde radique el Centro de trabajo del trabajador accidentado, en el plazo máximo de diez días hábiles desde la recepción de los modelos, correctamente cumplimentados o subsanados por ella, los ejemplares destinados a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y a dicha autoridad laboral.

Art. 5.º La autoridad laboral dará traslado de una copia de los documentos recibidos a la correspondiente Unidad Provincial de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y remitirá a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social los ejemplares a ella destinados.

Asimismo, la autoridad laboral competente remitirá mensualmente al Instituto Nacional de la Seguridad Social copia de aquellos «partes de accidentes de trabajo» considerados como graves, muy graves y mortales, y los relativos a trabajadores de Empresas que tengan cubiertas las contingencias profesionales con el Instituto Social de la Marina o con las Entidades colaboradoras.

Art. 6.º 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 por telegrama u otro medio de comunicación análogo a la autoridad laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente, o en el primer puerto o aeropuerto en el que atraque el buque o aterrice el avión, si el Centro de trabajo en que ocurriera el accidente fuera un buque o avión, respectivamente.

En la comunicación deberá constar la razón social, domicilio y teléfono de la Empresa, nombre del accidentado, dirección completa del lugar donde ocurrió el accidente, así como una breve descripción del mismo.

La autoridad laboral dará traslado de la comunicación a la correspondiente Unidad Provincial de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a fin de que preceptivamente practique la consiguiente información en la Empresa sobre la forma en que ha ocurrido el accidente, causas del mismo y circunstancias que en él concurran. Las Direcciones Provinciales de Trabajo y Seguridad Social enviarán copia de la misma al correspondiente Gabinete Técnico Provincial del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Art. 7.º Para las Empresas autorizadas a colaborar respecto a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional regirá el mismo procedimiento y plazos dispuestos para las Entidades gestoras o colaboradoras.

Art. 8.º Lo dispuesto en la presente Orden sólo será de aplicación en el caso de accidentes de trabajo. En el caso de enfermedades profesionales se seguirán utilizando el parte y el «Boletín Estadístico» actualmente en vigor.

Art. 9.º Es competencia de la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la elaboración de la estadística de accidentes de trabajo.

DISPOSICION ADICIONAL

Se autoriza a las Entidades gestoras y colaboradoras a editar sus correspondientes impresos, que deberán ajustarse a los modelos que figuran en anexo a la presente Orden. Dichos modelos deberán ser editados en papel autocopiativo, constarán de los ejemplares para cada uno de los destinatarios relacionados en el apartado 1, figurando en el lugar indicado en cada modelo el destinatario correspondiente y, en el reverso de la última hoja de los mismos, las correspondientes instrucciones para su cumplimentación que figuran, asimismo, en anexo a la presente Orden.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a la Subsecretaría del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para dictar las instrucciones necesarias para la aplicación de lo dispuesto en la presente Orden, que entrará en vigor el 1 de enero de 1988.

DISPOSICION DEROGATORIA

Quedan derogados el artículo 21 de la Orden del Ministerio de Trabajo de 13 de octubre de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad laboral transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social, así como la Orden del mismo Ministerio de 23 de octubre de 1972, por la que se da nueva redacción al número 1 del artículo 21 de la Orden de 13 de octubre de 1967; la Orden de 16 de mayo de 1970, también del Ministerio de Trabajo, por la que se extiende la obligación de comunicar los accidentes de trabajo a los Regímenes Especiales de la Seguridad Social; la Orden de la Presidencia del Gobierno 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; las Resoluciones de la Dirección General de Previsión de 22 de septiembre de 1969, por la que establece el modelo oficial de parte de accidentes, y la de 6 de marzo de 1973 de la Dirección General de la Seguridad Social por la que se modifica el modelo oficial de «Parte de accidente de trabajo» aprobado por la Resolución de 22 de septiembre de 1969; la instrucción 11 de la Resolución de 31 de mayo de 1983, en la que se fijan los datos que han de figurar en el dorso del parte de accidentes, y cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo que se establece en la presente Orden.

Madrid, 16 de diciembre de 1987.

CHAVES GONZALEZ

Ilmos. Sres. Subsecretario, Secretario general de Empleo y Relaciones Laborales y Secretario general para la Seguridad Social.

ANEXO

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

TIPO ACCIDENTE 1
 RECAIDA 2

Por favor, antes de cumplimentarlo lea las correspondientes instrucciones y no escriba en los espacios sombreados

	DATOS	ZONA DE GRABACION	DATOS	ZONA DE GRABACION
1. TRABAJADOR	- Apellido 1.º - Nombre - Núm. Libro de matrícula - Sexo (Varón <input type="checkbox"/> 1, Mujer <input type="checkbox"/> 2) - Ocupación - Tipo de contrato - Régimen de la Seguridad Social (*) - PRIMA: División <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epigrafe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Domicilio - Teléfono	[SOMBRADO]	- Apellido 2.º - Num. Afiliación Seguridad Social - Fecha ingreso en la empresa - Fecha de nacimiento - D.N.I. - Grupo cotización S.S. - Antigüedad puesto trabajo (meses) - Convenio u Ordenanza aplicable - Provincia - Municipio	[SOMBRADO]
	2. EMPRESA		- Nombre - Núm. inscripción Seguridad Social - Teléfono - Plantilla - CIF o DNI - Domicilio - Provincia - Municipio	
3. CENTRO	- Domicilio - Teléfono - Documento asociación núm. - Núm. inscripción Seguridad Social	[SOMBRADO]	- Provincia - Municipio - Actividad económica principal	[SOMBRADO]
4. ACCIDENTE	- Fecha del accidente - Lugar del accidente: • En el centro de trabajo habitual <input type="checkbox"/> 1 • Desplazamiento en su jornada laboral <input type="checkbox"/> 2 • Al ir o al volver del trabajo <input type="checkbox"/> 3 • En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 4 Indíquese nombre y dirección - Hora del día del accidente (1 a 24) - Día de la semana del accidente - Testigo, domicilio y teléfono	[SOMBRADO]	- Era su trabajo habitual (Si <input type="checkbox"/> 1, No <input type="checkbox"/> 2) - Fecha de baja médica - Hora de trabajo del accidente (1.º, 2.º, etc.) - Descripción del accidente - Forma en que se produjo (*) - Aparato o agente material causante	[SOMBRADO]
	5. ASISTENCIALES	[SOMBRADO]	- Grado de la lesión: Leve <input type="checkbox"/> 1, Grave <input type="checkbox"/> 2, Muy Grave <input type="checkbox"/> 3 y Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4 - Tipo de establecimiento { Hospitalario <input type="checkbox"/> 1, Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2 } - Establecimiento sanitario	[SOMBRADO]
6. ECONOMICOS	A) Base de cotización mensual: - En el mes anterior (1) - Dias cotizados (2) - Base reguladora A (3) B) Base de cotización al año (4) B.1.—por horas extras B.2.—por otros conceptos Total B1 + B2 Promedio diario base B (5)	[SOMBRADO]	C) Subsidio Promedio diario - Base reguladora A - Base reguladora B Total B.R. diaria (6) Indemnización 75% (7)	[SOMBRADO]
	D. en calidad de de la expresada empresa, expide el presente parte a de de 19 (firma y sello)	AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado) C C C		N.º EXPEDIENTE ENTIDAD N.º

Espacio reservado para indicar el destinatario

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

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DE CARACTER GENERAL

Deberá cumplimentarse este Parte en aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del lugar de trabajo de al menos un día (salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente), previa baja médica.

Se entiende como recaída «la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente anterior». En estos casos deberá consignarse como fecha de ocurrencia la del accidente que la originó.

Estos Partes los cumplimentarán las empresas o los trabajadores por cuenta propia o autónomos que tengan cubierta esta contingencia, salvo las casillas sombreadas y serán presentados en la Entidad Gestora o Colaboradora que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo, en el plazo máximo de cinco días hábiles desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica.

Los ejemplares a remitir a la Entidad Gestora o Colaboradora serán tres: el destinado a esta y los relativos a la Autoridad Laboral y a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En los casos de aquellas rúbricas con varias casillas, se marcará con una X la que proceda.

PARA LAS DISTINTAS RUBRICAS

1. **Datos del trabajador.**—«Ocupación»: describa la ocupación o profesión con el mayor detalle posible. Por ejemplo: mecánico, electricista, conductor de grúas, pintor de edificios, etc. Los códigos de las rubricas «Tipo de contrato de trabajo» y «Grupo de cotización a la Seguridad Social» serán, para cada trabajador, las mismas que se utilizan para la cumplimentación mensual del Boletín de Cotización a la Seguridad Social (Relación nominal de trabajadores «TC-2»).

Por «Antigüedad en el puesto de trabajo» se entenderá la relacionada con el puesto desempeñado en el momento del accidente o similares y tendrá, como límite máximo, el tiempo de antigüedad en la empresa. Se consignará por meses y, en el caso de que el accidentado llevara menos de un mes, se señalará un 1.

2. **Datos de la empresa.**—El C.I.F. (Código de Identificación Fiscal) deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos de los cuales el primero de ellos es siempre una letra. Caso de no poseerlo se consignará el D.N.I. del empresario.

3. **Datos del centro de trabajo.**—Se entenderá el de la empresa en la que trabaja habitualmente el trabajador accidentado. Por «Actividad económica principal» debe entenderse aquella cuya cifra del valor añadido, volumen de ventas o nivel de empleo supongan el mayor porcentaje de todas las actividades que realiza la empresa. Debe describirse de la manera más amplia y precisa posible. Por ejemplo, no consigne «industrias de la madera» sino «fabricación de envases y embalajes de madera» o «fabricación de muebles de madera» o «fabricación de productos semielaborados de madera» (chapas, tableros...), etc.

4. **Datos del accidente.**—La rubrica «Fecha de Baja Médica» puede no coincidir con la «Fecha del accidente».

Lugar del accidente.—El código (4) deberá consignarse cuando el accidente haya ocurrido en un centro de trabajo distinto al habitual, sea o no de la empresa a la que pertenece el trabajador, o en un lugar de trabajo que no sea propiamente un centro de trabajo. En los casos (2), (3) y (4) ha de indicarse nombre y dirección del lugar del accidente.

En la rubrica «Hora del día del accidente» se indicará la hora del accidente con números enteros, del 1 al 24.

Se entiende por «Hora de trabajo del accidente» aquella de la jornada laboral del trabajador, en la que ocurre el accidente (1.ª, 2.ª, 3.ª, etc.) y se consignará también en números enteros.

En la rubrica «Forma en que se produjo» se consignará el código que figura en la relación adjunta.

En la «Descripción del accidente» se trata de recoger de forma clara y concisa el trabajo que realizaba el accidentado y las circunstancias en que se produjo.

5. **Datos asistenciales.**—Las casillas que figuran en la rubrica «Grado de la lesión» son idénticas a las que figuran en el Parte Médico de Baja, por lo que se transcribira a este Parte el que figurase en aquel documento.

En las rubricas «Descripción de las lesiones» y «Parte del cuerpo lesionada», se consignará el código correspondiente a cada una de ellas según las relaciones adjuntas.

6. DATOS ECONOMICOS

(1) En la casilla inmediatamente inferior, correspondiente a «pesetas», consígnese el importe de las remuneraciones que integraron la base de cotización del trabajador en el mes anterior al del accidente, con exclusión de las cantidades percibidas por los conceptos que se enumeran en el apartado B.

Si el trabajador hubiese ingresado en la Empresa en el mismo mes en que se inicia la situación de incapacidad laboral transitoria, las remuneraciones a consignar serán las correspondientes a los días trabajados en la empresa.

(2) Si el trabajador percibe retribución mensual y ha permanecido en alta todo el mes, se harán constar treinta días; en otro caso, los días a que corresponde la cotización.

(3) Se obtendrá al dividir (1) entre (2).

(4) Reflejará la suma de las bases de cotización por estos conceptos en los doce meses anteriores al de la baja.

(5) Dividiendo el total de la base reguladora B por 365 días, se obtendrá el promedio diario.

(6) Es el resultado de A+B.

(7) Resulta al obtener el 75% del (6). La cuantía del subsidio no podrá exceder del 75 por 100 del promedio diario del tope máximo de cotización mensual vigente en el momento de producirse la incapacidad laboral transitoria.

RELACION DE CODIGOS A UTILIZAR

REGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FORMA EN QUE SE PRODUJO	DESCRIPCION DE LAS LESIONES	PARTE DEL CUERPO LESIONADA
1- General	01- Caídas de personas a distinto nivel.	30- Fracturas.	60- Cráneo.
2- Autónomos	02- Caídas de personas al mismo nivel.	31- Luxaciones.	61- Cara excepto ojos.
3- Agrario	03- Caídas de objetos por deslome o derrumbamiento.	32- Torceduras, esguinces y distensiones.	62- Ojos.
4- Trabajadores del mar	04- Caídas de objetos en manipulación.	33- Lumbalgias.	63- Cuello.
5- Minería del carbón	05- Caídas por objetos desprendidos.	34- Heridas discales.	64- Tórax, espalda y costados.
6- Empleados del hogar	06- Pisadas sobre objetos.	35- Convulsiones y traumatismos internos.	65- Región lumbar y abdomen.
7- Seguro escolar	07- Choques contra objetos inmóviles.	36- Amputaciones y pérdida del globo ocular.	66- Genitales.
	08- Choques contra objetos móviles.	37- Otras heridas.	67- Manos.
	09- Golpes por objetos o herramientas.	38- Traumatismos superficiales.	68- Miembros superiores (exc. manos).
	10- Proyección de fragmentos o partículas.	39- Contusiones y apiastamientos.	69- Pies.
	11- Atrapamiento por o entre objetos.	40- Cuerpos extraños en los ojos.	70- Miembros inferiores (exc. pies).
	12- Atrapamiento por vuelco de máquinas, tractores o vehículos.	41- Conjuntivitis.	71- Lesiones múltiples.
	13- Sobreesfuerzos.	42- Quemaduras.	72- Organos internos.
	14- Exposición a temperaturas ambientales extremas.	43- Envenenamientos e intoxicaciones.	En la rubrica «Parte del cuerpo lesionada», la cadera se incluye entre los miembros inferiores y la clavícula en los superiores.
	15- Contactos térmicos.	44- Exposición al medio ambiente.	
	16- Exposición a contactos eléctricos.	45- Asfixias.	
	17- Exposición a sustancias nocivas.	46- Efectos de la electricidad.	
	18- Contactos sustancias cáusticas y/o corrosivas.	47- Efectos de radiaciones.	
	19- Exposición a radiaciones.	48- Lesiones múltiples.	
	20- Explosiones.	49- Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas.	
	21- Incendios.		
	22- Accidentes causados por seres vivos.		
	23- Atropellos o golpes con vehículos.		

IMPORTANTE

En los accidentes ocurridos en centros de trabajo o en desplazamiento en jornada de trabajo (es decir, excluyendo los de «ir o volver al trabajo») que se refieran a cualquiera de las situaciones que se recogen a continuación, el empresario además de cumplimentar el Parte comunicará este hecho, en el plazo máximo de 24 horas, por telegrama u otro medio de comunicación análogo a la Autoridad Laboral de la provincia donde haya ocurrido el accidente o en el primer puerto o aeropuerto en el que aterrice el buque o aterrice el avión si el centro de trabajo en que ocurrió el accidente fuera un buque o un avión, respectivamente. Lo anterior será de aplicación en los siguientes tipos de accidente:

- Que provoque fallecimiento del trabajador.
- Que el accidente sea considerado como grave o muy grave por el facultativo que atendió al accidentado.
- Que el accidente afecte a más de 4 trabajadores (perteneczan o no en su totalidad a la plantilla de la empresa).

En dicha comunicación deberá constar la razón social, domicilio y teléfono de la empresa, el nombre/s del/los accidentado/s, dirección completa del lugar donde ocurrió el accidente, así como una breve descripción del mismo.

ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA

RELACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MEDICA

M E S

A Ñ O

ENTIDAD Nº

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZON SOCIAL		
Nº INSCRIPCION S.S. / /	C.I.F. o D.N.I.	PLANTILLA

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL

Nº INSCRIPCION S.S. / /	PROVINCIA
----------------------------	-----------

RELACION DE ACCIDENTADOS

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		Nº AFILIACION A LA SEG. SOCIAL	FFCHA ACCIDENTE			FORMA
		VARON	MUJER		DIA	MES	AÑO	
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				/ /				

D. _____ en calidad de _____ de la expresada Empresa, expide la presente Relación en _____ a _____ de 19 ____
(Sello y firma)

AUTORIDAD LABORAL
(Sellado y fechado)

NO ESCRIBIR SOBRE ESPACIOS
SOMBREADOS

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA RELACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MEDICA

DE CARACTER GENERAL

En este documento deberán relacionarse, para cada uno de los meses, aquellos trabajadores que hubieran sufrido accidente de trabajo, sin causar baja médica. Será presentado MENSUALMENTE en la Entidad Gestora o Colaboradora, que tenga a su cargo la protección por accidente de trabajo en los CINCO PRIMEROS DIAS HABILES DEL MES SIGUIENTE al que se refieren los datos.

Los ejemplares a remitir a la Entidad Gestora o Colaboradora, serán tres: el destinado a esta y los relativos a la Autoridad Laboral y a la Dirección General de Informática y Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

PARA LAS DISTINTAS RUBRICAS

DATOS DE LA EMPRESA: En "C.I.F." (Código de Identificación Fiscal) deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos de los cuales el primero de ellos es siempre una letra. Caso de no poseerlo, se consignara el D.N.I. del empresario. En la "Plantilla" se pondrá la del periodo de referencia de los datos.

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO: Se entenderá el de la empresa en la que trabaja habitualmente el trabajador accidentado. Por "Actividad económica principal" debe entenderse aquella cuya cifra del valor añadido, volumen de ventas o nivel de empleo supongan el mayor porcentaje de todas las actividades que realiza la empresa. Debe describirse de la manera más amplia y precisa posible. Por ejemplo, no consigne "industrias de la madera" sino "fabricación de envases y embalajes de madera" o "fabricación de muebles de madera" o "fabricación de productos semielaborados de madera (chapas, tableros...) etc.

RELACION DE ACCIDENTADOS

Se relacionarán los apellidos y nombre de cada uno de los trabajadores accidentados en el mes correspondiente, su sexo, nº de afiliación a la seguridad social, la fecha del accidente de cada uno y forma en que se produjo (conforme al código que se indica a continuación).

FORMA EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE

- | | |
|--|---|
| 01-Caidas de personas a distinto nivel. | 13-Sobreesfuerzos. |
| 02- " " al mismo nivel. | 14-Exposición a temperaturas ambientales extremas. |
| 03-Caidas de objetos por desplome o derriumbamiento. | 15-Contactos térmicos. |
| 04-Caidas de objetos en manipulación. | 16-Exposición a contactos eléctricos. |
| 05-Caidas por objetos desprendidos. | 17-Exposición a sustancias nocivas. |
| 06-Pisadas sobre objetos. | 18-Contactos a sustancias causticas y/o corrosivas. |
| 07-Choques contra objetos inmóviles. | 19-Exposición a radiaciones. |
| 08- " " " móviles. | 20-Explosiones. |
| 09-Golpes por objetos o herramientas. | 21-Incendios |
| 10-Proyección de fragmentos o partículas. | 22-Accidentes causados por seres vivos |
| 11-Atrapamiento por o entre objetos. | 23-Atropellos o golpes con vehículos. |
| 12- " " por vuelco de máquinas, tractores o vehículos. | |

RELACION DE ALTAS O FALLECIMIENTOS DE ACCIDENTADOS

ENTIDAD GESTORA O COLABORADORA

ENTIDAD Nº

MES _____
AÑO _____

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	Nº AFILIACION A LA SEG. SOCIAL	D.N.I.	Nº INSCRIPCION EMPRESA	Nº INSCRIPCION CENTRO TRABAJO	FECHA ACCIDENTE DÍA MES AÑO	FECHA BAJA MEDICA			CAUSA * DEL ALTA
							DÍA	MES	AÑO	
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										

Por la Entidad
(sellado y firmado)

* CAUSA DEL ALTA
 1. Por fallecimiento
 2. Por curacion
 3. En invalidez provisional
 4. Por informe propuesta