

## PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones)

Accidente ☒ Recaída ☐

### 1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º : FERNÁNDEZ Apellido 2º :FONSECA Nombre : BARBARA Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Nº Afiliación Seguridad Social(NAF)(1): 281090773121 Fecha ingreso en la empresa: 2022-06-01 Fecha nacimiento: 1981-02-08(día/mes/año)

Nacionalidad(2): Española ☒ Otra ☐

Identificador Persona Física (IPF)(3):..... Ocupación del trabajador:(4)Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares CNO-94:921

Antigüedad puesto trabajo (5) meses:15 día: Tipo contrato (6):Contrato indefinido sin clave específica: A tiempo parcial

Situación profesional: Asalariado sector privado ☒ Asalariado sector público ☐ Autónomo sin asalariados ☐ Autónomo con asalariados ☐

CNA para cotización AT/EP :8121 Régimen Seguridad Social(7): Convenio aplicable : Ocupación para cotización AT/EP:

Domicilio:CL TALCO, 67 3 A Teléfono: Provincia:MADRID Municipio:Madrid Código Postal:28021

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

Nombre o Razón Social:LIMPIEZAS LOMA SA CIF o NIF(8): Código C.Cotización en la que está el trabajador(9) 28032434554

Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.): Provincia:MADRID

Municipio:Madrid Código Postal:28042 Teléfono:913294020

Actividad económica principal correspondiente a esa C.C.(10): Actividades de limpieza CNAE: 812 Plantilla correspondiente a esa C.C(11)55

Actuaba en el momento del accidente como: Contrata o subcontrata ☒ SI ☐ NO Empresa de Trabajo Temporal ☒ SI ☐ NO

¿Cuál o cuales de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :

☐ Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa

☐ Servicio de prevención propio

☒ Servicio de prevención ajeno

☐ Trabajador(es) designado(s)

☐ Servicio de prevención mancomunado

☐ Ninguna

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

#### LUGAR

Lugar del accidente:

☒ En el centro lugar de trabajo habitual

☐ En otro centro o lugar de trabajo

☐ En desplazamiento en 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

☐ SI ☒ NO 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 puntokilométrico), otro lugar:

País: ..... Provincia: ..... Municipio: .....

Calle y número: ..... Vía pública y punto kilométrico: .....

Otro lugar (especificar) : .....

#### CENTRO DE TRABAJO

El centro de trabajo SI PERTENECE a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)

En caso negativo, indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2

☐ Contrata o subcontrata

☐ Usuaría de ETT CIF o NIF:

☐ Otra

**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:   Codigo Postal :   Telefono:

Plantilla actual del Centro (12):   Código Cuenta Cotización :   Actividad económica principal del centro (13):

4.- ACCIDENTE

Fecha de accidente: 2023-11-02(día/mes/año)   Fecha de Baja Medica: 2023-11-02(día/mes/año)   Día de la semana del accidente: jueves   Hora del dia del accidente: 10   Hora de trabajo: 3

Era su trabajo habitual: ☐ SI ☒ NO

☐ SI ☒ 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) :ESTABA LIMPIANDO EN UN PORTAL Y SE HA ESCURRIDO POR AL ESCALERAS AL IR CARGADA CON EL. CUBO Y LA ESCALERA, HACIENDOSE DAÑO

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

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

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fís. específica) (18) : ANDAR CON CUBO

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) : Otros agentes materiales no citados en esta clasificación

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

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) : Otros equipos de oficina y personales,material de deporte,armas,etc

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

Aparato o agente material causante de la lesión (23) : Otros agentes materiales no citados en esta clasificación

☐ SI ☒ NO Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

☐ SI ☒ NO Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24)

.....

5.- ASITENCIALES

Descripción de la lesión (25) : Otras lesiones especificadas no incluidas en otros apartados

Grado de la lesión (26): Leve ☐ ☒ Grave ☐ ☒ Muy grave ☐ ☒ Fallecimiento ☐ ☒ Parte del cuerpo lesionada (25) : Dedo(s)

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) : , ,

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria ☐ Ambulatoria ☒

☐ SI ☒ NO Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:.....

6.- ECONOMICOS

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1): 2713.33	B1.- por horas extras: 0	Promedio diario
-Días cotizados (2): 92	B2.- por otros conceptos: 0	-Base reguladora A: 29.49
-Base reguladora A (3): 29.49	Total B1 + B2: 0	-Base reguladora B: 0
	Promedio diario base B (5): 0	Total B.R. diaria (6): 29.49
		Cuantía del subsidio 75% (7): 22.12

Don/Doña: M VICTORIA GONZALEZ SANCHEZ

en calidad de AUTORIZADO RED, de la empresa, expide el presente parte en MADRID a 2023-11-03 10:48:34.0 (firma y sello)	Entidad Gest. o Colab. nº : AUTORIDAD LABORAL (Sellado y fechado) Nº EXPEDIENTE:
--	--