



## IMI REPORT

Número: 26805.1

### PW - Desplazamiento de trabajadores: solicitud de información sobre salud y seguridad

#### Solicitud de información sobre el desplazamiento de trabajadores por un prestador de servicios

	Solicitud de información sobre el desplazamiento de trabajadores por un prestador de servicios
Motivo por el que se envía la solicitud	información necesaria acerca de las medidas de seguridad y salud información necesaria acerca de un accidente laboral

#### Fechas

	El artículo 6, apartado 6, letra b), de la Directiva 2014/67/UE estipula que las solicitudes se responderán en un plazo máximo de 25 días hábiles (es decir, 35 días naturales), a menos que se convenga de común acuerdo un plazo más corto.
Número de días naturales dentro de los cuales se requiere una respuesta	9
Número de días naturales dentro de los cuales responderá el destinatario	9
Fecha de envío	21/05/2021
Fecha de aceptación	21/05/2021
Plazo	30/05/2021

#### Datos del prestador de servicios

Tipo de prestador de servicios	Persona
Nombre(s)	sample text
Apellido(s)	sample text
Nacionalidad	Austria
Lugar de nacimiento	Conocido
País de nacimiento	Austria
Localidad	sample text
Fecha de nacimiento	Conocido
Fecha	02/05/2021

#### Sector de servicios

Actividades de servicios	Servicios de contabilidad, de auditoría y fiscales Servicios administrativos Servicios de administración pública, defensa y servicios de seguridad social Servicios de enseñanza para adultos y otros servicios de enseñanza
Número(s) de referencia NACE de los sectores de servicios	sample text

#### Dirección

Dirección del prestador de servicios	Conocido
Tipo de dirección	Dirección postal

Calle o plaza y número	sample text
Localidad	sample text
Código postal	sample text
País	Austria
Región	Burgenland

### Datos de contacto

Correo electrónico	sample@text.imi
Número de teléfono	+1234567

### Identificación

NIF/número de IVA	Conocido
NIF/IVA	sample text
Otro tipo de identificación	Disponible
Registro mercantil/de sociedades	sample text
Número de registro profesional	sample text
Número de la Seguridad Social	sample text
Otro número de registro	sample text

### Representante legal

Datos del representante legal	Disponible
Nombre(s)	sample text
Apellido(s)	sample text
Dirección	Conocida
Calle o plaza y número	sample text
Localidad	sample text
Código postal	sample text
País	Austria
Región	
Correo electrónico	sample@text.imi
Número de teléfono	+12345678

### Información adicional

Información adicional sobre el prestador de servicios	(en) sample text
---	------------------

### Información sobre los trabajadores desplazados

¿Se refiere la información solicitada a trabajadores desplazados concretos?	Sí
Se aportan los datos del trabajador desplazado	en un cuadro

### Datos del trabajador o trabajadores desplazado(s) - 1

Nombre(s)	sample text
-----------	-------------

Apellido(s)	sample text
País de nacimiento	Austria
Lugar de nacimiento (localidad)	sample text
Fecha de nacimiento	Conocido
Fecha	02/05/2021
Nacionalidad	Austriaca
Número de la Seguridad Social	sample text
Datos de pasaporte o documento de identidad	Disponible
Tipo de documento de identidad	Documento de identidad
Número	sample text
Fecha de expedición	02/05/2021
Fecha de expiración	02/05/2021
Profesión	(en) sample text
Dirección del trabajador desplazado	Disponible
Tipo de dirección	Dirección postal
País	Austria
Región/zona	(en) sample text
Localidad	sample text
Código postal	sample text
Calle o plaza y número	sample text
Correo electrónico del trabajador desplazado	sample@text.imi

### Información sobre un accidente

¿Se refiere esta solicitud a un accidente laboral concreto?	Sí
---	----

### Detalles del accidente

Fecha del accidente (si se sabe)	02/05/2021
Lugar donde se produjo el accidente (si se sabe)	(en) sample text
Resumen de datos conocidos	(en) sample text

### [E001] ¿Recibieron los trabajadores formación en materia de salud y seguridad en el trabajo relacionada con el puesto de trabajo o el empleo correspondiente?

	[E001] ¿Recibieron los trabajadores formación en materia de salud y seguridad en el trabajo relacionada con el puesto de trabajo o el empleo correspondiente?
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí
	[E001.1] ¿Cuál fue el contenido de la formación?
Respuesta	(en) sample text
	[E001.2] ¿Cuánto duró la formación?
Respuesta	(en) sample text
	[E001.3] ¿Cuándo se impartió la formación?
Respuesta	

	[E001.4] ¿Qué acontecimiento (contratación, transferencia o cambio de empleo, nuevos equipos de trabajo o nuevas tecnologías) motivó la formación?
Respuesta	
	[E001.5] ¿Quién impartió la formación a los trabajadores?
Respuesta	
	[E001.6] ¿Qué competencias profesionales tenía la persona que impartió la formación?
Respuesta	
	[E001.7] ¿Se grabó o documentó la formación?
Respuesta	
Respuesta detallada	

### **[E002] ¿Se sometieron los trabajadores a un reconocimiento médico facilitado por la empresa?**

	[E002] ¿Se sometieron los trabajadores a un reconocimiento médico facilitado por la empresa?
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí
	[E002.1] ¿El contenido de los reconocimientos médicos era adecuado a los riesgos para la salud y la seguridad de esos trabajadores?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E002.2] ¿Indicaron los informes de los médicos alguna restricción o prohibición de tareas o actividades para los trabajadores?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E002.3] ¿Cuándo se realizaron los reconocimientos médicos?
Respuesta	(en) sample text
	[E002.4] ¿Qué acontecimiento (reconocimiento inicial o periódico, exposición a nuevos riesgos, etc.) motivó los reconocimientos médicos?
Respuesta	(en) sample text
	[E002.5] ¿Quién realizó los reconocimientos médicos?
Respuesta	(en) sample text
	[E002.6] ¿Qué competencias tenía la persona que realizó el reconocimiento médico?
Respuesta	(en) sample text

### **[E003] ¿Es la empresa quien realizó la evaluación de riesgos del puesto de trabajo o empleo?**

	[E003] ¿Es la empresa quien realizó la evaluación de riesgos del puesto de trabajo o empleo?
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí
	[E003.1] ¿La evaluación de riesgos era adecuada a los riesgos para la salud y la seguridad de esos trabajadores?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E003.2] ¿Cuándo se realizó la evaluación de riesgos?
Respuesta	(en) sample text
	[E003.3] ¿Quién realizó la evaluación de riesgos?
Respuesta	(en) sample text

	[E003.4] ¿Qué competencias tenía la persona que realizó la evaluación de riesgos?
Respuesta	(en) sample text
	[E003.5] ¿Se incluyeron aspectos de seguridad en la evaluación de riesgos?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E003.6] ¿Se incluyeron agentes físicos, como el ruido, las vibraciones o los riesgos térmicos, en la evaluación de riesgos?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E003.7] ¿Se incluyeron sustancias peligrosas (químicas o biológicas) en la evaluación de riesgos?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E003.8] ¿Se incluyeron aspectos ergonómicos en la evaluación de riesgos?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text
	[E003.9] ¿Se incluyeron aspectos psicosociales en la evaluación de riesgos?
Respuesta	Sí
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E004] ¿Puede presentar una declaración acerca de las circunstancias del accidente laboral?**

	[E004] ¿Puede presentar una declaración acerca de las circunstancias del accidente laboral?
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí
	[E004.1] ¿Puede facilitar la fecha del accidente?
Respuesta	Sí
Fecha del accidente	18/05/2021
	[E004.2] ¿Puede facilitar la identificación personal del trabajador o trabajadores heridos en el accidente?
Respuesta	(en) sample text
	[E004.3] ¿Puede facilitar información sobre las heridas sufridas en el accidente por el trabajador o trabajadores?
Respuesta	(en) sample text
	[E004.4] ¿Puede identificar a algún testigo del accidente?
Respuesta	(en) sample text

**[E005] ¿Redactó la empresa un informe para las autoridades competentes del país de origen sobre el accidente laboral? Amplíe la información.**

	[E005] ¿Redactó la empresa un informe para las autoridades competentes del país de origen sobre el accidente laboral? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E006] ¿Se incluyeron en la evaluación de riesgos o el plan de prevención las condiciones laborales relacionadas con el accidente? Amplíe la información.**

	[E006] ¿Se incluyeron en la evaluación de riesgos o el plan de prevención las condiciones laborales relacionadas con el accidente? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E007] ¿Se encargó la empresa de que los trabajadores de otras empresas o establecimientos recibieran las instrucciones adecuadas acerca de los riesgos para la seguridad y la salud durante sus actividades en sus instalaciones de manera comprensible? Amplíe la información.**

	[E007] ¿Se encargó la empresa de que los trabajadores de otras empresas o establecimientos recibieran las instrucciones adecuadas acerca de los riesgos para la seguridad y la salud durante sus actividades en sus instalaciones de manera comprensible? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E008] ¿Se adoptaron medidas de coordinación entre las empresas implicadas en el accidente? Amplíe la información.**

	[E008] ¿Se adoptaron medidas de coordinación entre las empresas implicadas en el accidente? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E009] ¿Tomó la empresa las medidas adecuadas en materia de primeros auxilios después del accidente? Amplíe la información.**

	[E009] ¿Tomó la empresa las medidas adecuadas en materia de primeros auxilios después del accidente? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E010] ¿Los trabajadores estaban equipados con equipos de protección personal antes del accidente? Amplíe la información.**

	[E010] ¿Los trabajadores estaban equipados con equipos de protección personal antes del accidente? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E011] Antes de la fecha del accidente, ¿se mantenían las máquinas y los equipos en buenas condiciones de funcionamiento para garantizar su uso sin detrimento de la seguridad y la salud de los trabajadores? Amplíe la información.**

	[E011] Antes de la fecha del accidente, ¿se mantenían las máquinas y los equipos en buenas condiciones de funcionamiento para garantizar su uso sin detrimento de la seguridad y la salud de los trabajadores? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

**[E012] ¿Recibió alguna advertencia la empresa, antes del accidente, sobre incidentes relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo?  
Amplíe la información.**

	[E012] ¿Recibió alguna advertencia la empresa, antes del accidente, sobre incidentes relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo? Amplíe la información.
Detalles de la pregunta	(en) sample text
Respuesta	Sí, vea los detalles más abajo
Respuesta detallada	(en) sample text

### Datos de gestión

Formulario	PW - Desplazamiento de trabajadores: solicitud de información sobre salud y seguridad
Tipo de gestión	Request
Número	26805
Estado	Aceptada
Versión	1
Última actualización	21/05/2021 13:26 CEST

### History

History Item	Version: 1 Action: Solicitud modificada Old status: Aceptada New status: Aceptada Modified by: USER training Date: 21/05/2021 13:26 CEST
History Item	Version: 1 Action: Solicitud aceptada Old status: Pendiente de aceptación New status: Aceptada Modified by: USER training Date: 21/05/2021 13:24 CEST
History Item	Version: 1 Action: Solicitud enviada Old status: Borrador New status: Pendiente de aceptación Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 21/05/2021 13:10 CEST
History Item	Version: 1 Action: Solicitud guardada Old status: Estado inicial New status: Borrador Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 21/05/2021 13:09 CEST

### Link

Link Item	Repository Name: PW - Desplazamiento de trabajadores: solicitud de información sobre salud y seguridad Entry Number: 26778 Link Type: Copiado a partir de Linked By: IMI System Date: 21/05/2021 13:10 CEST
-----------	---

### Requesting Authority

Denominación de la autoridad	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Designación no oficial de la autoridad	IMI System

País	EU
Dirección	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Teléfono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Correo electrónico	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

### Requesting Coordinator

Denominación de la autoridad	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Designación no oficial de la autoridad	IMI System
País	EU
Dirección	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Teléfono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Correo electrónico	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

### Responding Authority

Denominación de la autoridad	Training authority Training authority Training authority
Designación no oficial de la autoridad	
País	EU
Dirección	street and number 1234 town
Teléfono	+3212345678
Fax	
Correo electrónico	training@ec.imi