

1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No):

Provincia: Municipio:

Sector: Zona: U: R: Teléfono: Fax:

Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No):

Provincia: Municipio:

Sector: Zona: U: R: Tel: Tel. familiar o vecino:

Nacionalidad: Escolaridad: B: M: S: N: Estado civil: S: C:

ARS a la pertenece :

Ocupación:

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): Jornada de trabajo habitual: Diurna: Nocturna: Mixta: Turnos:

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa):

Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses: 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Más de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada/Salida): Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente:

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): Hora: Tipo de accidente: Con lesión Sin lesión

¿Causó la muerte al trabajador?: Si: No: Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa: Fuera de la empresa:

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): Hora:

¿Estaba realizando su labor habitual?: Si: No: Cuál?:

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: Nocturno: Turno:

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

¿Qué hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?

Describe la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico**. Ejemplo: Pintando una pared parado sobre un andamio; Cortando madera con una sierra circular de banco; Traslándose en bus desde su casa al trabajo.

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga cómo sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando, al cambiarse el andamio se cayó desde tres metro de altura; mientras cortaba, la sierra se trabó en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

5.- Información sobre testigos de accidente:

¿Alguna persona presenció el accidente?: SI: NO:

Nombres: <input type="text"/>	Nombres: <input type="text"/>
Apellidos: <input type="text"/>	Apellidos: <input type="text"/>
Cargo: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
Cédula: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>
Teléfono: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:

Fecha (dd/mm/aa): Hora:

Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: SI: NO:

7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte (dd/mm/aa):

FIRMA Y SELLO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin.

RNC: número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el el Decreto 76-99.

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económica vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales asignara a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales asignara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Zona: marque con una X, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores: anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas hombres trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados remunerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido; primer y segundo nombre

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

NSS (Numero de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos mas un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una X la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Teléfono: escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada. las categorías a considerar serían:

P = primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso.

S = secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato

U = universitaria, se refiere haber cursado estudios universitarios por mas de dos semestres o cuatrimestres.

N = ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben.

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, hasta tanto se realice una adecuación de la misma para el país.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotara en el espacio sombreado, el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento de accidente.

Fecha de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo..

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en puesto en que sufrió el accidente reportado.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de Trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturna, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembros de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de Trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida.

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los horarios (mensuales) o semanal según el caso.

3.- Información sobre el Accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se consideran sin lesión aquellas en los cuales no se necesario ningún tipo de intervención médica.

Causó la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato.

Fecha en que dejo de trabajar: Escriba la fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora en que dejo de trabajar: Escriba la hora en que se dejo de trabajar por causa de accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual.

Jornada en que se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

4.- Descripción y Circunstancias del accidente:

En este espacio describa en forma breve el hecho que originó el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante.

5.- Información sobre Testigos:

Personas que presenciaron el accidente: Maque X en la casilla correspondiente, sí o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo, escriba los apellidos y nombres de dos de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente.

Fecha y hora en que recibió la atención: Escriba la fecha en que recibió esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año). coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida.

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por mas de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa.