



FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2)

CÓDIGO DE DOCUMENTO: DR - 01
FECHA DE EDICIÓN: 01/07/08

1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: [Biscuit] RNC: [430032069]
Nombre de la actividad económica: [Administrativo Financiero]
Dirección (Calle y No): [C/ Moises Garcia]
Provincia: [Sibao] Municipio: [Sibao D.N.]
Sector: [García] Zona: U: [ ] R: [ ] Teléfono: [609-675-7133] Fax: [ ]
Correo electrónico: [Info@arss.gob.do] No de trabajadores: [140] Total HHT por año: [ ]

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: [Cruz Reyes] Nombres: [Martín]
Cédula: [001-077228-8] NSS: [ ] Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): [ ] Edad: [17 años]
Sexo: M: [ ] F: [ ] Dirección (Calle y No): [C/ Pablo Dexto # 9, Barrio Evangelino]
Provincia: [ ] Municipio: [Sibao Oeste]
Sector: [Herrería] Zona: U: [ ] R: [ ] Tel: [729-351-1242] Tel. familiar o vecino: [609-214-6672]
Nacionalidad: [ ] Escolaridad: B: [ ] M: [ ] S: [ ] N: [ ] Estado civil: S: [ ] C: [ ]
ARS a la que pertenece: [ARS Humano]
Ocupación: [Choper]
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): [1-8-2013] Jornada de trabajo habitual: Diurna: [ ] Nocturna: [ ] Mixta: [ ] Turnos: [ ]
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): [1-8-2013]
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: [Activo]
Horario de trabajo (Entrada/Salida): [8:00Am 3:00Pm] Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: [20,000.00]

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): [12-3-2018] Hora: [4:00 Pm] 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): [12-3-18] Hora: [4:00 Pm]
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. Ejemplos: Pintando una pared parado sobre un andamio; cortando madera con una sierra circular de banco; trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Iva al camino a su casa, después de salir al trabajo.

Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metros 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.

Iva caminando por la acera y la acera estaba mojada y resbaló, y se le deslizaron los dedos de la mano izquierda.

5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: [ ] NO: [ ]
Nombres: [ ] Apellidos: [ ]
Cargos: [ ] Cédula: [ ]
Teléfono: [ ]

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: [Clínica Dr. Tamarit]
Fecha (dd/mm/aa): [12-3-18] Hora: [4:30 PM]
Tratamiento ambulatorio: [ ] Hospitalizado: [ ] Fallecido: [ ] Incapacitado para el trabajo: SI: [ ] NO: [ ]

7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: [Kenia Tavares]
Cargo: [Auxiliar de Recursos Humanos]

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE
ARLSS
RECIBIDO POR: [Firma]
PRESENTANTE DE SERVICIO: [Firma]
EXPEDIENTE No. [ ]
MES [ ] AÑO [ ] HORA [ ]

FIRMA Y SELLO



14-3-18