



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/ Moisés García]
Provincia: [Sibao] Municipio: [Sibao D.N.]
Sector: [García] Zona: U: [] R: [] Teléfono: [809-675-7133] 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: [Herrera] Zona: U: [] R: [] Tel: [829-351-1242] Tel. familiar o vecino: [809-214-6672]
Nacionalidad: [] Escolaridad: B: [] M: [] S: [] N: [] Estado civil: S: [] C: []
ARS a la que pertenece: [ARS Humano]
Ocupación: [Chofer]
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