

1.- Identificación general de la empresa

Nombre o razón social: RNC:
Nombre de la actividad económica: Filial o Sucursal:
Dirección (calle y no.):
Provincia: Municipio:
Ciudad: Sector: Teléfono:
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: Teléfono: Teléfono de un familiar o vecino:
Nacionalidad: Escolaridad: P S U N Estado civil: S C
ARS a la que pertenece:
Ocupación: Correo electrónico:
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa):
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 año(s) 3-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años
Situación en el empleo: Asalariado(a) Empleador Miembro de cooperativa de productores Trabajador(a) familiar auxiliar
Trabajador(a) por cuenta propia Trabajador(a) que no puede clasificarse según la situación en el empleo
Horario de trabajo (entrada/salida):

3.- Información sobre el accidente

Fecha del accidente (dd/mm/aa): Hora:
¿Causó la muerte a el/la trabajador(a)?: Sí No Tipo de accidente: Centro Trayecto Conexo
Tipo de vehículo: Autobús Automóvil Motocicleta Jeepeta Carga Peatón Otro
¿Estaba realizando su labor habitual?: Sí No ¿Cuál?:
Jornada en que se produce el accidente: Diurna Nocturna Turno Mixta

4.- Descripción y circunstancias del accidente

¿Qué hacía el/la trabajador(a) justo antes de que ocurriera el accidente y cómo se produjo?

5.- Información sobre testigos del accidente

¿Hubo testigos en el accidente?: Sí No

Nombre: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
Apellido: <input type="text"/>	Apellido: <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

Centro donde recibió la primera atención:
Fecha (dd/mm/aa): Hora:
Tipo de atención recibida:
Tratamiento ambulatorio Hospitalización Fallecido Incapacitado para el trabajo: Sí No

7.- Persona responsable del aviso

Nombres y apellidos:
Cargo:
Fecha del reporte (dd/mm/aa):

Firma y sello



