



### 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)?: Si  No  Tipo de accidente: Centro  Trayecto  Conexo   
Tipo de vehículo: Autobús  Automóvil  Motocicleta  Jeepeta  Carga  Peatón  Otro   
¿Estaba realizando su labor habitual?: Si  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?: 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

Centro donde recibió la primera atención:   
Fecha (dd/mm/aa):  Hora:   
Tipo de atención recibida:  
Tratamiento ambulatorio  Hospitalización  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

## INSTRUCCIONES 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 ente habilitador para tal fin.

**RNC:** coloque el 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.

**Filial o Sucursal:** mencione la filial (entidad controlada por otra) o la sucursal (establecimiento comercial creado por una empresa) que corresponda.

**Dirección (calle y no.):** especifique la dirección de la sede se encuentra ubicada la empresa o centro de trabajo.

**Provincia:** especifique el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

**Municipio:** especifique el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

**Ciudad:** especifique el nombre de la ciudad donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde se realiza el reporte.

**Sector:** especifique el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la empresa o centro de trabajo.

**Teléfono:** coloque el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde se realiza el reporte.

**Correo electrónico:** coloque 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 presentarse la enfermedad.

**Total HHT por año (total de horas hombres trabajadas):** coloque el 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:** especifique los apellidos de el/la trabajador(a) accidentado/a en orden de primer y segundo apellido.

**Nombres:** especifique los nombres de el/la trabajador(a) accidentado/a en orden de primer y segundo nombre.

**Cédula:** coloque el número de la cédula de identidad de el/la trabajador(a) que sufrió el accidente.

**NSS (Número de Seguridad Social):** coloque 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 más un dígito verificador.

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

**Edad:** coloque la edad, en años cumplidos, al momento de sufrir el accidente.

**Sexo:** marque con una **X** la casilla correspondiente si la persona accidentada es de sexo masculino (**M**) o de sexo femenino (**F**).

**Dirección (calle y no.):** mencione la dirección de la residencia permanente de el/la trabajador(a) que sufrió el accidente.

**Provincia:** mencione el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente de el/la trabajador(a) que sufrió el accidente

**Municipio:** mencione el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente de el/la trabajador(a).

**Sector:** mencione el nombre del barrio o ensanche, donde se encuentra ubicada la vivienda de el/la trabajador(a).

**Teléfono:** coloque el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente.

**Teléfono de un familiar o vecino:** coloque el número telefónico de un familiar, amigo(a) o vecino(a) que pueda ayudar a localizar a el/la trabajador(a) que sufrió el accidente.

**Nacionalidad:** mencione la condición de pertenencia a un estado o nación con el que se reconoce a la persona accidentada, obtenida por nacimiento o naturalización.

**Escolaridad:** marque la casilla que indica el nivel de escolaridad de el/la trabajador(a) accidentado(a) dentro de las siguientes categorías:

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

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

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

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

**Estado civil:** señale si el estado civil de la persona accidentada es soltera (**S**) o casada (**C**). Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras.

**ARS a la que pertenece:** coloque el nombre de la entidad administradora de riesgos de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o la trabajadora que sufrió el accidente.

**Ocupación:** especifique 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.

**Correo electrónico:** señale el correo electrónico de el trabajador o la trabajadora.

**Fecha de ingreso a la empresa:** especifique al día, mes o año en que se vinculó a la empresa el/la trabajador(a) que sufrió el accidente.

**Fecha de ingreso al puesto de trabajo:** especifique el día, mes y año en que el/la trabajador o trabajadora inicio sus labores en el puesto en que sufrió el accidente reportado.

**Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** marque el período que corresponda al tiempo que el/la trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto.

**Situación en el empleo:** colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (**asalariado(a), empleador, miembro de cooperativa de productores, trabajador(a) familiar auxiliar, trabajador por cuenta propia o trabajador(a) que no puede clasificar en estas categorías**).

**Horario de trabajo (entrada/salida):** indique el tiempo, en horas, cuando inicia la jornada de trabajo y cuando finaliza la misma.

### 3.- Información sobre la enfermedad

**Fecha del accidente:** coloque la fecha en que ocurrió el accidente en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Hora:** coloque la hora en que ocurrió el accidente, hora y minutos.

**¿Causó la muerte al trabajador?:** seleccione la casilla según corresponda, sí o no.

**Tipo de accidente:** marque con una **X** la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato: centro, trayecto o conexo.

**Tipo de vehículo:** marque con una **X** la casilla correspondiente el medio o forma en que se trasladaba el trabajador o trabajadora al momento del accidente.

**¿Estaba realizando su labor habitual?:** marque con una **X** en las casillas **si** o **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.

**¿Cual?:** registre en este el espacio la labor que 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.

### 4- Descripción y circunstancia del accidente

**¿Que hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente y cómo se produjo?:** 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 del accidente

**¿Hubo testigos en el accidente?:** maque con una **X** en la casilla correspondiente, **sí** o **no**, hubo personas que presenciaron el accidente.

En caso afirmativo, escriba los **nombres, apellidos, cargo(s)** que desempeña(n) en la empresa, si aplica, el **número de cédula** y el **teléfono** de dos de las personas que presenciaron el accidente.

### 6.- Datos de la primera atención

**Centro donde recibió la primera atención:** anote el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora luego de que sufrió el accidente.

**Fecha:** escriba la fecha en que recibió la primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Hora:** coloque la hora en que fue atendido en el centro, hora y minutos.

**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:

- **Tratamiento ambulatorio**, es aquel en el que el/la afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en el centro.

- **Hospitalización**, aquel tratamiento en el que el/la afiliado(a) es ingresado por más de 24 horas.

- **Fallecido**.

**Incapacitado para el trabajo:** marque con una **X** en las casillas que corresponda, **si** o **no**, si el/la trabajador(a) le fue determinada una incapacidad.

### 7.- Persona responsable del aviso

**Nombres y apellidos:** especifique el/los nombre(s) y apellido(s) de la persona que completa el reporte del accidente.

**Cargo:** especifique el cargo de la persona que completa el reporte del accidente.

**Fecha de reporte:** se refiere al día, mes, año en que se realiza el reporte del accidente.

**Firma y sello:** coloca la firma de quien realiza el reporte y el sello de la empresa.