



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL
REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre del Asegurado: _____
1er. NOMBRE 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO 2do. APELLIDO DE CASADA

Seguro Social N°: _____ N° Cédula / Pasaporte : _____

Dirección del Asegurado: _____
 Teléfono residencial: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
DIA MES AÑO

Correo Electrónico: _____ No. De Celular: _____

INFORMACION LABORAL

Fecha de ingreso a la empresa: _____ Último día laborado _____
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

Hasta qué hora laboró _____ a.m. _____ p.m.

Salario: _____

Ocupación: _____

Explique brevemente cómo ocurrió el accidente: _____

FECHA DEL ACCIDENTE		
Día	Mes	Año

HORA DEL ACCIDENTE	
a.m.	p.m.

Sucedió en la empresa: SI NO → Especifique el lugar: _____
 Indique la(s) lesiones y la(s) partes del cuerpo afectada(s): _____

DATOS DE LA EMPRESA

N° DE EMPLEADOR: _____ Actividad Económica: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

HORARIOS DE TRABAJO			
	De		Hasta
Lunes a viernes	<input type="text"/> a <input type="text"/>		<input type="text"/> a <input type="text"/>
Sábado	<input type="text"/> a <input type="text"/>		<input type="text"/> a <input type="text"/>
Domingo	<input type="text"/> a <input type="text"/>		<input type="text"/> a <input type="text"/>
Horario del día del accidente:	<input type="text"/> a <input type="text"/>		<input type="text"/> a <input type="text"/>
Total de horas semanales:	<input type="text"/>		Días libres: <input type="text"/>

Prima de Riesgos Profesionales: _____
 Tipo de Empresa: Pública Privada
 Indique si la empresa labora con turnos rotativos
 SI NO
 Nota: En caso afirmativo, por favor adjunte al presente Reporte el horario de los turnos rotativos

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

1. Nombre: _____ Firma: _____ Tel: _____
 2. Nombre: _____ Firma: _____ Tel: _____

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REPORTAR EL RIESGO

Nombre: _____ Firma: _____
 Cédula N°: _____ Ocupación: _____ Fecha: _____
DIA MES AÑO
 Correo Electrónico: _____
 Observaciones: _____

PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

TIPO DE ACCIDENTE

CAUSA EXTERNA

AGENTE

ACTIVIDAD REALIZADA

NATURALEZA DE LA LESIÓN

PARTE AFECTADA

DISTRITO DONDE OCURRIÓ