**Anexo 3: Boleta Única de Registro y Notificación de Accidentes de Trabajadores**

|  |
| --- |
| **Ministerio de Salud**  **header_transparente-MINSAL-062019_membrete.pngDirección de Recursos Humanos**  **Boleta Única de Registro y Notificación de Accidentes de Trabajadores** |

La información proporcionada en este formulario es absolutamente confidencial y servirá únicamente con fines de prevención, según artículo 66 de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo: “Los daños ocasionados por los accidentes de trabajo serán notificados por escrito a la Dirección General de Previsión Social dentro de las setenta y dos horas de ocurridos, en el formulario establecido para tal fin. En caso de accidente mortal, se debe dar aviso inmediato a la Dirección, sin perjuicio de las demás notificaciones de ley”. Nota: Antes de llenar el presente formulario, consultar instructivo en sitio web: [**www.mtps.gob.sv**](http://www.mtps.gob.sv) (sección notificación de accidente de Trabajo).

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Datos del patrono (persona natural o jurídica)** | |
| Razón Social: |  |
| Nombre comercial de la empresa/dependencia: |  |
| Actividad Económica: Código CIIU: clase: |  |
| Número Patronal (cotizantes ISSS): |  |
| NIT: 6. NUP: |  |
| Dirección de la empresa / dependencia: |  |
| Departamento: |  |
| Municipio: |  |
| Teléfono de contacto: |  |
| Correo electrónico: |  |
| **II. Datos del accidentado** | |
| DUI: |  |
| Teléfono: |  |
| Sexo: F M 5. Edad: |  |
| No. afiliación ISSS: |  |
| Dirección de vivienda: |  |
| Teléfono de contacto: 9. nacionalidad: |  |
| Área / sección de la empresa a la que pertenece: |  |
| Cargo que desempeña: |  |
| Correo electrónico: |  |
| **III. Datos del accidente** | |
| Lugar preciso del accidente:  (lugar de trabajo) |  |
| Gravedad del accidente:  (Mortal, Incapacitante, No generó incapacidad) |  |
| Hora en la que sucedió el accidente:  (hh:mm en formato de 24 horas) |  |
| Fecha del accidente:  (DD / MM / AAAA) |  |
| **IV. Clasificación del accidente** | |
| Forma de accidente: |  |
| Agente Material: |  |
| Tipo de lesión: |  |
| Parte del cuerpo lesionada: |  |
| **V. Atención médica** | |
| Se brindaron primeros auxilios en el lugar: Si No |  |
| Recibió atención médica: SI NO |  |
| Centro de atención médica: |  |
| **VI. Datos del notificador** | |
| Nombre completo: |  |
| Cargo en la empresa: |  |
| No. de DUI: |  |
| Fecha y hora de notificación: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| --------------------------------------------------------------- |  |
| Firma del patrono | Sello Patronal |