



CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL

**“INFORME PATRONAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD
PROFESIONAL PARA EMPLEADOS QUE LABORAN EN DOS EMPRESAS”**

Nombre del Asegurado: _____
1er Nombre 2do Nombre 1er Apellido 2do Apellido De Casada

No. de Cédula: _____ No. de S.S. _____ Fecha de Nacimiento _____
(dd/mm/aa)

Dirección del Asegurado: _____

Tel. Residencial: _____ Sexo M F Agencia donde desea cobrar: _____

DATOS DE LA OTRA EMPRESA DONDE LABORA EL ASEGURADO

No. Patronal: _____ Actividad Económica _____ Tel: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

HORARIO DE TRABAJO

(Mañana) (Tarde)

De lunes a viernes de: _____ a _____ de _____ a _____

Sabado de: _____ a _____ de _____ a _____

Domingo de: _____ a _____ de _____ a _____

Horario del día

del Accidente de: _____ a _____ de _____ a _____

Total de Horas semanales: _____ Días Libres: _____

Prima de Riesgos Profesionales: _____

Tipo de Empresa: Privada Pública

Indique si la empresa labora con turnos rotativos: Si No

Nota: En caso afirmativo, por favor adjunte al informe el horario de los turnos rotativos.

INFORMACIÓN LABORAL

Fecha de Ingreso en la Empresa: _____ Último día laborado: _____ Salario: _____
(dd/mm/aa) (dd/mm/aa)

Hasta que hora laboró: _____ a.m. _____ p.m. Ocupación: _____

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LLENAR EL FORMULARIO

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula No. _____ Tel. _____ Ocupación: _____

Fecha: _____

Observaciones: _____

NOTA: El presente formulario tiene como objetivo hacer cumplir el Artículo 35 del reglamento de Riesgos Profesionales que establece lo siguiente: “El Trabajador que preste servicios simultáneamente a varios patronos, cotizará por intermedio de todos ellos. En este caso, para efecto de la liquidación de las prestaciones económicas, se sumarán todos los salarios asegurados”.