



Procedimiento Administrativo de Seguimiento de Accidentes de Trabajo (PASO)

Edificio Cobians Plaza  
Ave. Ponce de Leon 1602, Suite 101  
San Juan, PR 00909  
Tel. 724-6970 / Fax 723-8763

P.O. Box 13695, San Juan, P.R. 00908-0695

## Formulario de Querrela PASO I

Nombre del Querellante: \_\_\_\_\_ seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección del Querellante : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Puesto y categoría: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo : \_\_\_\_\_

Delegado de Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Querellado: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Alegación del Querellante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cita de la ley, Reglamento, Carta Circular o Artículo que se alega: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descripción del Evento (utilizar hoja adicional de ser necesario)

Petición del Querellante :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Decisión del Director: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Petición del Querellante : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante o Peticionario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Recibido Por: