



# Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR - 2)

Código : FO-SC-002

Versión: 00

Página : 1 DE 1

Reporte No.: 0000294521

445

## 1.- Identificación general de la empresa:

**Nombre o Razón Social:** CONSEJO NACIONAL DE PROMOCION Y APOYO A LA MICRO PEQUENA Y  
**Nombre de la Actividad Económica:** ACTIVIDADES DE APOYO A LA ADMINISTRACION PUBLICA **RNC:** 401515911  
**Dirección (Calle y No.):** AV.27 DE FEBRERO  
**Provincia:** DISTRITO NACIONAL  
**Sector:** MANGANAGUA **Zona:** Urbana **Municipio:** DISTRITO NACIONAL  
**Correo electrónico:** **Teléfono:** (809)473-6089 **Fax:**  
**No. de Trabajadores:** 0.00 **Total HHT por año:** 0.00

## 2.- Identificación de la Persona accidentada:

**Apellidos:** NIVAR **Nombres:** ANA DILIA  
**Cédula:** 005-0045759-3 **NSS:** 584173237 **Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):** 16-05-1987 **Edad:** 30 Años  
**Sexo:** FEMENINO **Dirección (Calle y No.):** PERALVILLO  
**Provincia:** MONTE PLATA **Municipio:** YAMASA  
**Sector:** COROZO ARRIBA **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Venicno:**  
**Nacionalidad:** EXTRANJERA **Escolaridad:** NINGUNO **Estado Civil:** SOLTERO  
**ARS a que pertenece:** ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD PRIMERA ARS (ARS HUMANO)  
**Ocupación:** EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCIÓN  
**Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa):** 10-02-2014 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA  
**Fecha de Ingreso al puesto de Trabajo (dd/mm/aa):** 10-02-2014 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 3-5 Años  
**Situación en el empleo:** Asalariados  
**Horario Trabajo (Entrada/Salida):** 08:00 A.M. / 05:00 P.M. **Qué salario recibía al momento del Accidente:** RD\$ 70,000.00

## 3.- Información sobre el accidente:

**Fecha del accidente(dd/mm/aa):** 21-02-2018 **Hora:** 01:30 P.M. **Tipo de accidente:** Con Lesión  
**¿Causó la muerte al trabajador?:** NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** En Trayecto  
**Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa):** 21-02-2018 **Hora:** 01:30 P.M.  
**¿Estaba realizando su labor habitual?:** SI **¿Cual?:**  
**Jornada en que se produce el accidente:** DIURNA

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**¿Qué hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**

Describe la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico**. Ejemplos: Pintando una pared parado sobre un andamio; cortando madera con una sierra circular de banco; trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

ESTABA PARADA FRENTE A UN NEGOCIO ESTABA LLOVIENDO BASTANTE PISO EN FALZO O MAS BIEN RESBALO LA PIERNA QUEDO DOBLADA

**¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?**

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metros de altura; mientras cortaba, la sierra se trabó en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

ESTABA PARADA FRENTE A UN NEGOCIO ESTABA LLOVIENDO BASTANTE PISO EN FALZO O MAS BIEN RESBALO LA PIERNA QUEDO DOBLADA

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

**¿Alguna persona presencié el Accidente?:**

## 6.- Datos de la primera atención:

**PSS donde recibió la primera atención:** HOSPITAL MUNICIPAL DE YAMASA

**Fecha (dd/mm/aa):** 21-02-2018

**Hora:** 03:00 P.M.

**Tratamiento:** AMBULATORIO

**¿Incapacitado para el Trabajo?:** SI

## 7.- Persona responsable del aviso:

**Nombres y Apellidos:** P. V.

**Cargo:** R.H



# FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2)

Código: FO-SC-002

Versión: 00

Página: 1 de 1

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Consejo Nacional Muro Regu. Med. Empresa RNC: 401515911  
 Nombre de la actividad económica: Credito  
 Dirección (Calle y No): 27 febrero # 522  
 Provincia: Santo Domingo Municipio: Santo Domingo  
 Sector: Restauradores Zona: U:  R:  Teléfono: 809-473-6089 Fax: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: ps@murosaludaria.gob.do No de trabajadores: \_\_\_\_\_ Total HHT por año: \_\_\_\_\_

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Muñoz de la Cruz Nombres: Ana María  
 Cédula: 005 015759-3 NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 10/5/1987 Edad: 26  
 Sexo: M:  F:  Dirección (Calle y No): Peralupillo  
 Provincia: Santo Domingo Municipio: Peralupillo  
 Sector: Banco Zona: U:  R:  Tel: 809-222-5165 Tel. familiar o vecino: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B:  M:  S:  N:  Estado civil: S:  C:   
 ARS a la que pertenece: Humano  
 Ocupación: Gerente credito  
 Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 10/5/2014 Jornada de trabajo habitual: Diurna:  Nocturna:  Mixta:  Turnos:   
 Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 10/5/2014  
 Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0- 6 meses:  7- 11 meses:  1-2 años:  3- 5 años:  6- 10 años:  11- 15 años:  Más de 15 años:   
 Situación en el empleo: Empleado  
 Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00am - 5pm Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 70.000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 27/5/2018 Hora: 1:30pm Tipo de accidente: Con lesión:  Sin lesión:   
 Causó la muerte al trabajador: SI:  NO:  Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa:  Fuera de la empresa:   
 Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 27/5/18 Hora: 1:30pm  
 Estaba realizando su labor habitual?: SI:  NO:  Cuál?: realizando visitas de cobros  
 Jornada en que se produce el accidente: Diurno:  Nocturno:  Turno:

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

### Qué hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?

Describe la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico**. Ejemplos: Pintando una pared parado sobre un andamio; cortando madera con una sierra circular de banco; trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Estaba parada frente a un negocio, estaba llouiendo bastante. piso en falso o más bien resbalo. la perna quedo ablastada.

### Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedio el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metros de altura; mientras cortaba, la sierra se trabo en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

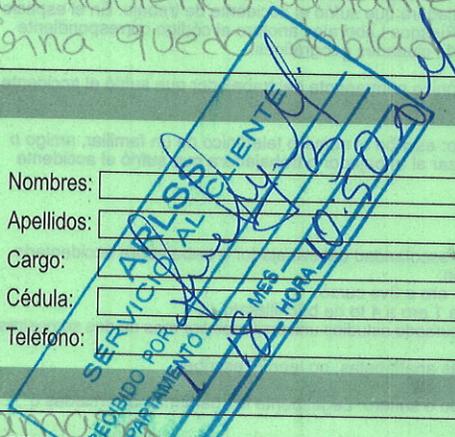
Estaba frente a un negocio, estaba llouiendo bastante. piso en falso o más bien resbalo. La perna quedo ablastada.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI:  NO:   
 Nombres: Freudy De Leon Nombres: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: De Leon De la Cruz Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Cargo: Oficial Negocios Cargo: \_\_\_\_\_  
 Cédula: 005-019740-4 Cédula: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: 809-554-2891 Teléfono: \_\_\_\_\_

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Hospital de Gama





# FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2)

Código: FO-SC-002

Versión: 00

Página: 1 de 1

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Compañía Nacional de Seguros RNC: 001515911  
Nombre de la actividad económica: Seguros  
Dirección (Calle y No): Calle 100 # 100  
Provincia: Cajunabo Municipio: Cajunabo  
Sector: Seguros Zona: U:  R:  Teléfono: 821-475-6089 Fax:   
Correo electrónico: insurancasudania.com.do No de trabajadores:  Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: De la Cruz Nombres: Ana María  
Cédula: 005-005759-3 NSS:  Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 15/11/87 Edad: 24  
Sexo: M:  F:  Dirección (Calle y No): Calle 100 # 100  
Provincia: Cajunabo Municipio: Cajunabo  
Sector: Banco Zona: U:  R:  Tel: 821-222-5165 Tel. familiar o vecino:   
Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B:  M:  S:  N:  Estado civil: S:  C:   
ARS a la que pertenece: Compañía Nacional de Seguros  
Ocupación: Asesora  
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 10/12/04 Jornada de trabajo habitual: Diurna:  Nocturna:  Mixta:  Turnos:   
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 10/12/04  
Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0- 6 meses:  7- 11 meses:  1- 2 años:  3- 5 años:  6- 10 años:  11- 15 años:  Más de 15 años:   
Situación en el empleo: Asesora  
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 AM - 5:00 PM Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 2000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 11/12/08 Hora: 1:30 PM Tipo de accidente: Con lesión:  Sin lesión:   
Causó la muerte al trabajador: SI:  NO:  Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa:  Fuera de la empresa:   
Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 11/12/08 Hora: 1:30 PM  
Estaba realizando su labor habitual?: SI:  NO: Cuál?: calentamiento de cables de cobre  
Jornada en que se produce el accidente: Diurno:  Nocturno:  Turno:

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

### Qué hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?

Describe la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico**. Ejemplos: Pintando una pared parado sobre un andamio; cortando madera con una sierra circular de banco; trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Estaba parada frente a un negocio, estaba haciendo bastante. Piso en falso o más bien resbalo la puma quemada.

### Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metros de altura; mientras cortaba, la sierra se trabó en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

Estaba frente a un negocio estaba haciendo bastante. piso en falso o más bien resbalo. la puma quemada.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI:  NO:   
Nombres: Teodilo de León Nombres:   
Apellidos: de León Apellidos:   
Cargo: Gerente Cargo:   
Cédula: 005-004940-9 Cédula:   
Teléfono: 824-551-2891 Teléfono:

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Hospital de Yanco

Wamasá 09

445



Dr. Roberto A. Torres Segarra  
Médico-Fisiatra / Medicina Física y Rehabilitación



Nombre: Jane Dilie Vivar

Fecha: 25/05/08

Rx

Ced: 005-0045759-3

- Frecuencia de ejercicios (30) días
- Dx: Post-quirúrgico de hombro der.
- Fin de terapia física y reposo.



**CMD** CENTRO MEDICO DOMINICANO

C/ Luis F. Thomen consultorio No. 4, Torre Profesional Pereyca, Suite 503, El Millón, Santo Domingo, Rep. Dom.  
Consultorio: 809-537-6223 / Celular: 809-223-1452