| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Publica

Dirección (Calle y No): Av Mexico esq Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio:

Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax: 809-685-5171

Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Baez De Jesus Nombres: Ramon Antonio

Cédula: 001-0387752-8 NSS: 007025163 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 18/01/1966 Edad: 50

Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): C/ 1ra # 95

Provincia: Santo Domingo Municipio:

Sector: 27 de Febrero Zona: U: ○ R: ⊗ Tel: 849-639-7487 Tel. familiar o vecino: 809-943-4787

Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ⊗ C: ○

ARS a la que pertenece: SeNasa

Ocupación: Empleado Publico

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/08/2009 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/08/2014

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am 5:00 Pm Qué salario recibia al momento de sufrir el accidente: 9,000.-

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 8/12/2017 Hora: 4:30 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): 9/12/2017 Hora: 7:15 Am

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: mecanico

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ⊗ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Trabajaba en el taller de la Empresa

**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.

Un Compañero estaba martillando se le safó la manopla del martillo y le golpeo en un pie

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: Martha
REPRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No.
DIA 16 MES 1 AÑO 2017 HORA 10:24

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ⊗ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Carlos Julio Guzman | Nombres: | |
| Apellidos: | Guzman Rodriguez | Apellidos: | |
| Cargo: | mecanico | Cargo: | |
| Cédula: | 002-0124723-6 | Cédula: | |
| Teléfono: | 849-638-9096 | Teléfono: | |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Seguro Social, (E.D.)

Fecha (dd/mm/aa): 9/12/2017 Hora: 8:00 Am

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ⊗ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha J. Veras

Cargo: Enc. Dpto Servicio al Personal

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 13/01/2017.

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo

Martha

FIRMA Y SELLO

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica:
Dirección (Calle y No): Av. México esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809.685-5171 Fax:
Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Fernandez Luna Nombres: Geridad Miguelina
Cédula: 001-0753788-8 NSS: 050755586 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:
Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): 40 #25 Bruas Esta Oriental
Provincia: Santo Domingo Este Municipio:
Sector: Cual. San Isidro Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 829-375-0645 Tel. familiar o vecino: 809-879-8414
Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ○ M: ⊗ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗
ARS a la que pertenece: SeNasa
Ocupación: Empleado Publico
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 02/07/1990 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/01/2016
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am 4:00 Pm Qué salario recibia al momento de sufrir el accidente: 30,000.-

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 22/11/2016 Hora: 4:15 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): 22/01/2016 Hora: 8:00 Am
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Salia del trabajo a mi casa
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ○ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Salia del Edificio a buscar el Vehiculo

**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.

Habia un Charco debido a las lluvias y trate de Saltar y se cayó, lastimandose

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: Martha
PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No.
DIA 16 MES 1 AÑO 2017 HORA 10:00 AM

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ⊗ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Esteban | Nombres: | |
| Apellidos: | Romero | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | - menor - | Cédula: | |
| Teléfono: | 809-236-6227 | Teléfono: | |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro medico Andi
Fecha (dd/mm/aa): 6/12/2016 Hora:
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para trabajo: NO:

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha J. Veras
Cargo: Enc. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 13/01/2017

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, R.D.

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC:

Nombre de la actividad económica: Ministerio de Industria y Comercio - Publico

Dirección (Calle y No): Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito nacional

Sector: Zona: U: ○ R: ○ Teléfono: Fax:

Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Rosario Cabrera Nombres: Benedicto

Cédula: 001-0353051-5 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 30/05/1964 Edad: 52

Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): C/ 18 Casa # 13B

Provincia: Zona Oriental Municipio:

Sector: La esperanza Zona: U: ○ R: ○ Tel: 809-699-5479 Tel. familiar o vecino: 809-345-6795

Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗

ARS a la que pertenece: Senasa

Ocupación: Empleado Publico

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 18/05/2015 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 18/5/2015

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 1:00 pm 5:00 pm. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 35,000.-

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 10/03/2017 Hora: 12:05 m 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): 10/3/2017 Hora: 1:00 pm

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Camino al Trabajo

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?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Conduciendo su Vehiculo

**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.

otro vehiculo lo impactó del lado izquierdo

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE
ARLSS
RECIBIDO POR:
PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No. 13-3-17
DIA ____ MES ____ AÑO ____ HORA ____

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Darío Contreras (911)

Fecha (dd/mm/aa): 10/3/2017 Hora: 12:30

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ⊗ NO:

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha Veras

Cargo: Enc. Dpto Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 13/03/2017

Martha Veras

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales

| | |
|---|---|
| **ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2)** | **Código:** FO-SC-002<br>**Versión:** 00<br>**Página:** 1 de 1 |

## 1.- Información general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria, Comercio y M. RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Publico
Dirección (Calle y No): Av Mexico esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo Municipio: D.N.
Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax:
Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Castillo Hernandez Nombres: Santo Aníbal
Cédula: 001-0309886-7 NSS: 007795685 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 19/04/1953 Edad: 60
Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): C/D # 38 Brisas del Edén
Provincia: Sto. Dgo. Este Municipio:
Sector: Mendoza Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 809-784-0559 Tel. familiar o vecino: 809-234-1402
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ○
ARS a la que pertenece: Se Da Sa
Ocupación: Empleado Publico - Chofer
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 13/09/2004 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 13/09/2004
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 am 4:00 pm. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 21,000.--

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 10/05/2017 Hora: 9:15 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): 11/05/2017 Hora: 8:00 Am.
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: De Regreso a mi Hogar
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ⊗ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **especifico. Ejemplos:** Pintando una pared parado sobre un andamio; cortando madera con una sierra circular de banco; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

me dirigi a mi casa en una motocicleta.

**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.

En la intersección de la Av. Kennedy esq. Maximo Gomez al esquivar una Patana golpeo la motocicleta que iba conduciendo

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: Martha
PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No. AÑO 2017 HORA 2:14 pm
DIA 15 MES

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ⊗ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Maximo | Nombres: | |
| Apellidos: | Tejeda | Apellidos: | |
| Cargo: | Chofer | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | 809-685-5171 ext. 6795 | Teléfono: | |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro de Otorrinolaringologia y Especialidades
Fecha (dd/mm/aa): 11/05/2017 Hora: 9:00 Am
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha I. Vega
Cargo: Encargada Servicio al Personal y Asuntos Laborales
Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 11/05/2017

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Departamento de Servicio al Personal y Asuntos Laborales

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 40100 7355.

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No): Av. Mexico Esq Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional.

Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809-685-5771 Fax:

Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Guillon Vasquez Nombres: Ruben Manuel.

Cédula: 001-0076536-7 NSS: 04582601 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 23/03/1963 Edad: 53

Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): Calle Cesar Canó # 35.

Provincia: Santo Domingo Municipio: D.N.

Sector: Million Zona: U: ○ R: ⊗ Tel: 829-913-3010 Tel. familiar o vecino: 829-547-3500

Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗

ARS a la que pertenece: Senasa

Ocupación: Empleado Publico

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 29/09/2004 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 29/09/2004

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:

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 AM 4:00 PM Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 65,000.00

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 05/07/17 Hora: 9:30 AM 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): 05/07/17 Hora:

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?:

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?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Bajando la escalera en horas de la mañana se le dobló el tobillo del pie izquierdo.

**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.

Cuando caí varias personas me ayudaron a parar y me ayudaron a llevarme al Consultorio.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR:
PRESENTANTE DE SERVICIO
20-7-17
MES
DIA

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centrica Dr. Abel Gonzalez.

Fecha (dd/mm/aa): Hora:

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha Salas

Cargo: Enc. - Servicio al Personal y Relaciones Lab.

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 19/07/17

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Encargado
Departamento de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

ARLSS ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SALUD SEGURA

# Formulario

## Aviso Accidente de Trabajo (ATR-2)

Código: FO-SC-002
Versión: 01
Página: 1 de 1

### 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio De Industria Comercio y Mipymes RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Industria y Comercio - Pública
Dirección (Calle y No): Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Sto. Dgo. Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax:
Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

### 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Grado Nombres: Nidia
Cédula: 001-0004943-6 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 11/09/1946 Edad:
Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No) Residencial Los Cortijos C/A manzana I Edf. 4-304
Provincia: Municipio:
Sector: Urb. 10 de Sept. Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 829-796-6974 Tel. familiar o vecino:
Nacionalidad: Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ○
ARS a la pertenece : Humano
Ocupación: Empleado Publico
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): Septiembre 2016 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm//aa): 01/09/2016
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 7:Am 01:Pm. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 40,000.-

### 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 13/06/17 Hora: 12:30 M 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): Hora:
¿Estaba realizando su labor habitual?: Si: ⊗ No: ○ Cuál?:
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?**
Describa la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico.** Ejemplo: Pintando una pared parado sobre un andamio; Cortando madera con una sierra circular de banco; Trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Subiendo los escaleras del Edificio JPD

**¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?**
Diga cómo sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando, al cambiarse el andamio se cayó desde tres metro 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.

Tropezó y se lastimo el dido pulgar del Pie Derecho

### 5.- Información sobre testigos de accidente:

¿Alguna persona presenció el accidente?: Si: ○ NO: ○

Nombres:
Apellidos:
Cargo:
Cédula:
Teléfono:

Nombres:
Apellidos:
Cargo:
Cédula:
Teléfono:

ARLSS
RECIBIDO POR:
ENCARGADO DE SERVICIO
FECHA: 20/06/17
HORA: 12:55

### 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Hospital Jacinto Ignacio Mañón
Fecha (dd/mm/aa): 13/06/17 Hora: 2:00 Pm.
Tratamiento ambulatorio: ✓ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: ○

### 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y apellidos: Martha Vera
Cargo: Enc. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del reporte (dd/mm/aa):

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Martha Vera

FIRMA Y SELLO

ARL ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SALUD SEGURA

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

Código: FO-SC-002
Versión: 01
Página: 1 de 1

### 1.- Identificación general de la empresa

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria Comercio y Mipyme RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Pública
Dirección (Calle y No): Av. México esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Sto. Dgo. Municipio: Distrito Nacional
Sector: Ciudad Zona: U: (X) R: ( ) Teléfono: 809-685-5171 Fax:
Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

### 2.- Identificación de la persona accidentada

Apellidos: Guillen Francis Nombres: Josué Sebino
Cédula: 225005594-7 NSS: 1709179 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 12/11/1992 Edad: 25
Sexo: M: (X) F: ( ) Dirección (Calle y No) c/ margarita # 22 Jardines de Buena Vista Primera
Provincia: Municipio: Sto. Dgo. Norte
Sector: Villa Mella Zona: U: (X) R: ( ) Tel: 809-356-2941 Tel. familiar o vecino: 829-741-0501
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: (X) M: ( ) S: ( ) N: ( ) Estado civil: S: (X) C: ( )
ARS a la pertenece : Universal
Ocupación: Empleado Público
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/05/2014 Jornada de trabajo habitual: Diurna: (X) Nocturna: ( ) Mixta: ( ) Turnos: ( )
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/5/2015
Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses: ( ) 7-11 meses: ( ) 1-2 años: ( ) 3-5 años: (X) 6-10 años: ( ) 11-15 años: ( ) Más de 15 años: ( )
Situación en el empleo: Joven
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 9:00 AM 5:00 PM Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 20,000.-

### 3.- Información sobre el accidente

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 21/4/2017 Hora: 3:40 PM Tipo de accidente: Con lesión (X) Sin lesión ( )
¿Causó la muerte al trabajador? : Si: ( ) No: (X) 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): 19/7/2017 Hora: 8:00 Am
¿Estaba realizando su labor habitual?: Si: (X) No: ( ) Cuál?: De Regreso a su casa
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: (X) Nocturno: ( ) Turno: ( )

### 4.- Descripción y circunstancias del accidente

**¿Qué hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico.** Ejemplo: Pintando una pared parado sobre un andamio; Cortando madera con una sierra circular de banco; Trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Regresaba a su Casa en el metro

**¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?**
Diga cómo sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando, al cambiarse el andamio se cayó desde tres metro 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.

El metro Frenó de repente y todos los Pasajeros perdieron el control y unos fuimos hacia delante, unos Personas se apoyo en mi y me dolio la cadera.

### 5.- Información sobre testigos de accidente

¿Alguna persona presenció el accidente?: SI: (X) NO: ( ) Pueden ser Contactados

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

RECIBIDO POR ARL SEGURIDAD SOCIAL PRESENTANTE DE SERVICIO PACIENTE No. FECHA 27-7-17

### 6.- Datos de la primera atención

PSS donde recibió la primera atención: Centro Medico Olegario
Fecha (dd/mm/aa): 20/07/2017 Hora: 10:00 Am
Tratamiento ambulatorio: ✓ Hospitalizado: ( ) Fallecido: ( ) Incapacitado para el trabajo: SI: ( ) NO: ( )

### 7.- Persona responsable del aviso

Nombres y apellidos: Martha Vivas
Cargo: Enc. Dpto Servicio al personal y Relaciones Laborales
Fecha del reporte (dd/mm/aa):

Martha Julia Vivas
FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO DIRECCION DE GESTION HUMANA Encargado de Servicio al Personal y Relaciones Laborales Santo Domingo, D.N.

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Hondeco De Industria y Comercio RNC: 40100 7355.

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No): Av. México Esq. Rafael Damirón

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional

Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: Fax:

Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Garcia Crosier Nombres: Maria Isabel

Cédula: 001-0532878-2 NSS: 279.568. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 24/03/1971 Edad: 46

Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): C/ Rosalia Viuda Morales # 46.

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional

Sector: San Jeronimo Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 829-321-0192 Tel. familiar o vecino: 809-566-8175

Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ○

ARS a la que pertenece: ARS Palic

Ocupación: Empleada Publica

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/04/2004 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 17/10/2016

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 AM. 4:00 PM Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: $5,000.00

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 17/07/17. Hora: 4:20 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): 18/07/17 Hora: 8:00 AM.

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Salia del trabajo hacia mi Casa

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ○ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Salia del edificio, para tomar el transporte hacia mi casa

**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.

Iba Cruzando la 27 de Febrero y un motorista me atropello, Caí al suelo y me tuvieron que levantar

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ⊗ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Angel Luis | Nombres: | |
| Apellidos: | De Leon Medina | Apellidos: | |
| Cargo: | — | Cargo: | |
| Cédula: | 001-1845359-6 | Cédula: | |
| Teléfono: | 829-725-4782. | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE: 20-7-17
DIA MES AÑO HORA

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro Medico Otorrino

Fecha (dd/mm/aa): 17/07/17 Hora: 4:40

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martina Sofia V.

Cargo: Enc. Servicio al Cliente y Relaciones Laborales.

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 18/07/17

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DEPTO. DE GESTION HUMANA
Depto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales

ARL SALUD SEGURA — ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

Código: FO-SC-002
Versión: 01
Página: 1 de 1

### 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria, Comercio y Pymes RNC: 430100735 5
Nombre de la actividad económica: Publicidad
Dirección (Calle y No): Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Municipio:
Sector: Grande Zona: U: ○ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax:
Correo electrónico: No. de trabajadores: Total HHT por año:

### 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Familia de los Santos Nombres: Palmer
Cédula: 001-1053709-1 NSS: 646796680 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 30/06/1990 Edad: 27
Sexo: M: ● F: ○ Dirección (Calle y No) Km 6 Carretera Sanchez Independencia C/16 #111
Provincia: Sto. Dgo. Municipio: D.N.
Sector: Zona: U: ● R: ○ Tel: 809-863-3743 Tel. familiar o vecino: 809-399-5073
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ● C: ○
ARS a la pertenece : Humano
Ocupación: Empleado Publico
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/11/2016 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ● Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm//aa): 01/11/2016
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am | 4:00 Pm. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 30,000.--

### 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 17/10/2017 Hora: 7:15 Am 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): 17/10/2017 Hora: 8:00 Am
¿Estaba realizando su labor habitual?: Si: ● No: ○ Cuál?: Se dirigia al trabajo
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?**
Describa la actividad, así como las herramientas, equipos o materiales, que estaba usando. Por favor sea **específico.** Ejemplo: Pintando una pared parado sobre un andamio; Cortando madera con una sierra circular de banco; Trasladándose en bus desde su casa al trabajo.

Tomo un motor en la Parada de la Privada con 27 de Febrero estaba lloviendo

**¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?**
Diga cómo sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando, al cambiarse el andamio se cayó desde tres metro 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.

Una vez tuvo impacto el motor en el que se dirigia y salio del motor cayendo en el pavimento.

### 5.- Información sobre testigos de accidente:

¿Alguna persona presenció el accidente?: SI: ● NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | 029-694-9434 | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

### 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro Medico Dominicano
Fecha (dd/mm/aa): 17/10/2017 Hora: 8:00 Am
Tratamiento ambulatorio: X Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

### 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y apellidos: Yeseni Alcantara Encarnacion
Cargo: Analista Gestion Humana
Fecha del reporte (dd/mm/aa): 19/10/2017.--

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MIPYMES — DIRECCION DE GESTION HUMANA — Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales — Santo Domingo, D.N.

| ARL SS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria, Comercio y Pymes RNC: 40100 7355
Nombre de la actividad económica: Pública
Dirección (Calle y No): Av. México esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Sto. Dgo Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax:
Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Olivero Matos Nombres: Amable Milquades
Cédula: 010-0033671-9 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 26/05/1965 Edad:
Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): C/ Cristo Rey # 38
Provincia: Barahona Municipio: Jaquimeles
Sector: Zona: U: ○ R: ○ Tel: 809-390-3350 Tel. familiar o vecino: 809-698-0852
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗
ARS a la que pertenece: Senasa
Ocupación: Empleado Publico
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 28/7/2015 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 28/2/2015
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am 4:00 Pm Qué salario recibia al momento de sufrir el accidente: 36,000.-

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 14/09/2017 Hora: 4:25 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): 15/09/2017 Hora: 8:00 Am
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Regresaba a su Casa
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ⊗ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Cuando se trasladaba a su Casa en una motocicleta, desde Barahona a Jaquimeles en Baneso choco con una Camioneta

**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.

La Camioneta impacto al moto en que viajaba

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Cristina Elena | Nombres: | |
| Apellidos: | Batista Balcacer | Apellidos: | |
| Cargo: | Banca Solidaria | Cargo: | |
| Cédula: | 018-0045161-5 | Cédula: | |
| Teléfono: | 829-222-5523 | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE
RECIBIDO POR: Nelos
PRESENTANTE DE SERVICIO
26-9-17
EXPEDIENTE: 3170290
AÑO MES HORA

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Clinica Centro Regional
Fecha (dd/mm/aa): 14/09/2017 Hora: 4:50 Pm
Tratamiento ambulatorio: ○ Hospitalizado: ⊗ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Yesenia Alcántara Encarnación
Cargo: Analista - Gestión Humana

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 25/09/2017.-

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Opto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo

| ARLS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria, comercio y MIPYMES RNC: 401007355.
Nombre de la actividad económica: Pública
Dirección (Calle y No): Av. México esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Sto. Dgo Municipio: D.N.
Sector: Gazcue Zona: U: ☒ R: ○ Teléfono: 809-685-5771 Fax:
Correo electrónico: No de trabajadores: Total HHT por año:

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Candelario Duran Nombres: Antonio
Cédula: 001-0786361-5 NSS: 3895650 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 02/09/67 Edad: 50
Sexo: M: ☒ F: ○ Dirección (Calle y No): Calle el Sol No. 22
Provincia: Santo Domingo Municipio:
Sector: 30 de mayo Zona: U: ☒ R: ○ Tel: 849-450-1367 Tel. familiar o vecino:
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ☒ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ☒ C: ○
ARS a la que pertenece: SENASA
Ocupación: Electricista
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/05/17 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ☒ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/05/17
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00am 4:00pm Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente:

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 26/10/2017 Hora: 9:00am 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): 26/10/2017 Hora: 10:00am
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ☒ NO: ○ Cuál?: Instalación de un toma corriente.
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?**
Describa 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.

Instalando un toma corriente y una canaleta con alicates, Segueta, Pinza y tornillador.

**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.

Chocó con el tubo del motor del aire acondicionado que estaba instalando y la tubería de cobre le hizo una herida en la mano.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ☒ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | Hilario | Nombres: | |
| Apellidos: | Meredildo De la Cruz | Apellidos: | |
| Cargo: | Electricista | Cargo: | |
| Cédula: | 001-0074308-6 | Cédula: | |
| Teléfono: | 829-558-8828 | Teléfono: | |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: En el consultorio médico de la Institución
Fecha (dd/mm/aa): 26/10/17 Hora: 9:10 am
Tratamiento ambulatorio: ○ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ☒ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Laura Amalia Coria Pantaleón
Cargo: Analista de Gestión Humana

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 01/11/2017

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

| ARL SS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | 240984 |
| Nombre Lesionado: | Poco Reguero |
| Fecha Accidente: | 16-11-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y comercio |
| Dirección: | Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Maximina de la Rosa |
| Cargo de la persona Entrevistada: | Encargada de Gestion Humana |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS:

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Gubernamental
Dirección (Calle y No): Avenida Mexico Esquina Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —
Correo electrónico: — No de trabajadores: 1,200 Total HHT por año: 144000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Peguero Reyes Nombres: Polo
Cédula: 001-0441730-8 NSS: 010483337 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 05/11/1949 Edad: 67
Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): 24 de Abril
Provincia: Santo Domingo Municipio: Santo Domingo Este
Sector: Centro Ciudad Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: (809) 660-1157 Tel. familiar o vecino: (809) 729-9266
Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ○ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗
ARS a la que pertenece: Senasa
Ocupación: Conserje
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 23/02/1999 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 23/02/1999
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A.m 1:00 P.m. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 15,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 16/11/2016 Hora: 5:30 A.m. 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): 16/11/2016 Hora: 9:17 A.m.
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Venía de Camino para el trabajo
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?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Venía en trayecto para el trabajo

**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.

En el trayecto para tomar el carro dos persona se le tiraron y lo puñaleron en el brazo derecho y el izquierdo

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: REPRESENTANTE DE SERVICIO
17/11/16 10:00 a.m.
EXPEDIENTE No.

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro médico Otorrino
Fecha (dd/mm/aa): 16/11/16 Hora: 6:40 A.m
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: NO:

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha Veras
Cargo: Enc. Dpto. Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 16/11/16

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

FIRMA Y SELLO

| DE TRABAJO | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Gubernamental

Dirección (Calle y No): Av. México Esq. Leopoldo Navarro

Provincia: Distrito Nacional Municipio: Santo Domingo

Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: 809 685-5171 Fax: —

Correo electrónico: — No de trabajadores: 1,200 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Peña Nombres: Dario

Cédula: 001-0545432-6 NSS: 1475765 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 20/05/1956 Edad: 67

Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): Manzana E Edificio 5 Apartamento 1-2

Provincia: Distrito Nacional Municipio: Santo Domingo Este

Sector: Simón Vila Norte Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 829 707-1393 Tel. familiar o vecino: 809 788-1623

Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ⊗ C: ○

ARS a la que pertenece: Senasa

Ocupación: Mensajero Externo

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/08/2009 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/08/2009

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 A.m 4:00 P.m. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: RD$20,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 24/10/2016 Hora: 12:15 A.m. 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): 25/10/16 Hora: 8:00 A.m.

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Mensajería Externa

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?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Llevando la correspondencia al TLC

**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.

Una Señora Abrió la puerta de atrás de un carro público. El impacto de puerta y el motor se calló encima

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: Martha
PRESENTANTE DE SERVICIO:
EXPEDIENTE NO:
DIA 24 MES 10 AÑO 2016 HORA 9:00 AM

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Consultorio Médico Vitalal

Fecha (dd/mm/aa): 24/10/16 Hora: 12:15 A.m

Tratamiento ambulatorio: ○ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Martha Vera

Cargo: Enc. Depto. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 25/10/16

Martha Vera

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | **Control de Visitas a las Empresas** | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | 224199 |
| Nombre Lesionado: | Manuel ant. villadona |
| Fecha Accidente: | 09-06-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y comercio |
| Dirección: | Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | |
| Cargo de la persona Entrevistada: | Departamento de Seguridad laboral |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Conrado [illegible] | |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dept. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, R.D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS: Rafael Tavares

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Gubernamental
Dirección (Calle y No): Av. México, esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Sto. Dgo Municipio: D.N.
Sector: Gazcue Zona: U: ✓ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax: –
Correo electrónico: – No de trabajadores: 1,200 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Villanova Yoda Nombres: Manuel Antonio
Cédula: 001-1810490-6 NSS: 0106988252 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:
Sexo: M: ✓ F: ○ Dirección (Calle y No): C/6, Edificio 7, Apto 2-B
Provincia: Sto. Dgo. Municipio: D.N.
Sector: Villa Juana Zona: U: ✓ R: ○ Tel: 829-275-0001 Tel. familiar o vecino:
Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ✓ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ○
ARS a la que pertenece: Senasa
Ocupación: Digitador
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 12/09/08 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ✓ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/06/10
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: Activo
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am 4:00 Pm Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 13,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 09/06/16 Hora: 12:00 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): 10/06/16 Hora:
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ✓ NO: ○ Cuál?: Bajando material gastable
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ✓ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Estaba en su área de trabajo.

**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 trabó en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

Bajando del piso 4 al 1 con el material gastable de su departamento y le cayó una caja en el 2do dedo del pies izquierdo.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición
Fecha (dd/mm/aa): 10/06/16 Hora:
Tratamiento ambulatorio: ✓ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Juana Benitez Cespedes
Cargo: Encargada del Depto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa):

FIRMA Y SELLO

Ministerio de Industria y Comercio • Dirección de Gestión Humana • Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales • Santo Domingo, D.N.

Departamento Servicio al Cliente ARLSS
Recibido por: Presente
Fecha: 10/06/16 Hora:

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | Nuris Maria Alfonso Peralta |
| Fecha Accidente: | 25-05-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y comercio |
| Dirección: | Av México esq Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | |
| Cargo de la persona Entrevistada: | |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

| | |
|---|---|
| Nombre del investigador ARLSS: | |

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | Nuris Maria Alfonso Peralta |
| Fecha Accidente: | 01-06-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y Comercio |
| Dirección: | Av. Mexico esq Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | |
| Cargo de la persona Entrevistada: | |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina De la Rosa | Maximina De la Rosa |
| Sello | |
| MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO DIRECCION DE GESTION HUMANA Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales Santo Domingo, D.N. | |

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS:

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Gubernamental

Dirección (Calle y No): Av. México

Provincia: Sto. Dgo. Municipio: Distrito Nacional

Sector: Gazcue Zona: U: ⊘ R: ○ Teléfono: 809-685-5171 Fax: -

Correo electrónico: - No de trabajadores: 1,200 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Alfonso Peralta Nombres: Luis María

Cédula: 001-0750241-1 NSS: 0095449702 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 04/02/1964 Edad: 52

Sexo: M: ○ F: ⊘ Dirección (Calle y No): Copada #04

Provincia: Sto. Dgo. Municipio: Los Tres Brazos

Sector: Ribera del Ozama Zona: U: ⊘ R: ○ Tel: 809-368-0767 Tel. familiar o vecino: 829-280-4524

Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ⊘ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊘

ARS a la que pertenece: SENASA

Ocupación: Mensajería Interna

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 22/03/2010 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊘ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/05/2013

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 Am 4:00 Pm Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 18,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 01/06/2016 Hora: 3:10 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): 02/06/2016 Hora: 9:00 Am

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊘ NO: ○ Cuál?: Mensajería

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?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Realizaba sus funciones de Mensajería.

**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 subiendo al piso 11 y resbaló.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | |
|---|---|
| Nombres: | Nombres: |
| Apellidos: | Apellidos: |
| Cargo: | Cargo: |
| Cédula: | Cédula: |
| Teléfono: | Teléfono: |

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Consultorio Médico del Ministerio

Fecha (dd/mm/aa): 02/06/16 Hora: 8:30 Am

Tratamiento ambulatorio: ⊘ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Eleana Benítez Cepedes

Cargo: Encargada del departamento médico postnatal y relaciones laborales.

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 03/06/16

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No. ARLS
DIA AÑO HORA

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | 222999 |
| Nombre Lesionado: | Diana Carolina Mirey Martinez |
| Fecha Accidente: | 12-01-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y comercio |
| Dirección: | RD Mexico esq Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | |
| Cargo de la persona Entrevistada: | |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS: Rafael Freire

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Gubernamental
Dirección (Calle y No): Av. México Esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —
Correo electrónico: — No de trabajadores: 1,200 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Jiménez Martínez Nombres: Diana Carolina
Cédula: 402-2108386-4 NSS: 2588193000 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 15/11/1992 Edad: 23
Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): C/ Cerlixto García nº 12 B Urb. Maximo Gómez
Provincia: Santo Dgo Norte Municipio: Distrito nacional
Sector: Villa Mella Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 809/961-7375 Tel. familiar o vecino: (809) 914-8144
Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ⊗ N: ○ Estado civil: S: ⊗ C: ○
ARS a la que pertenece: Humano
Ocupación: Recepcionista
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): Jornada de trabajo habitual: Diurna: ○ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ⊗
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa):
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: Activa
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 1:00 P.M. 5:00 P.M. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 18,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 12/01/2016 Hora: 4:10 P.M 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): 13/01/2016 Hora: 8:00 A.M.
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Recepcionista
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?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Estaba en el piso 11, realizando su labor como recepcionista

**Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?**
Diga como sucedio el accidente. **Ejemplo:** Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayo 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.

Salió por escalera y el pantalón se le [illegible] y se cayó del piso 5; Ella iba para el piso [illegible]

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | |
|---|---|
| Nombres: | Nombres: |
| Apellidos: | Apellidos: |
| Cargo: | Cargo: |
| Cédula: | Cédula: |
| Teléfono: | Teléfono: |

DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: REPRESENTANTE DE SERVICIO AL CLIENTE
EXPEDIENTE NO. DIA MES AÑO HORA

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro Médico de Atención P[illegible] "Dr. Rodriguez"
Fecha (dd/mm/aa): 12/01/2016 Hora: 5:30 P.M.
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Lic. Ileana Ant. Benitez Espinosa
Cargo: Enc. Depto. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 27/05/2016

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo

| ARL Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-002 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | Entrevista de Accidente Laboral | Página de |

**POR NOTIFICACION DE ACCIDENTE LABORAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fecha de Entrevista: | 31 | 03 | 2016 | |
| No. Expediente: | 215738 | | | |
| Nombre de la Empresa: | Ministerio de industria y C. | | | |
| Dirección de la Empresa: | Hs Moscoso Lopez, S | | | |
| Nombre del Lesionado | Rafael Elvidio Rodriguez Pineda | | | |
| No. de Cédula: | 001-0881186-0 | | | |
| No. Teléfono: | 829 961 5104 | | | |
| ARS que pertenece: | Humano | | | |
| Ocupación: | auditor | | | |
| Horario de Trabajo: | 8 AM(a) 4 PM | | | Observaciones |
| Fecha de Accidente: | 04 | 012 | 2015 | |
| Hora de Accidente: | 3:10 | PM | | |
| Lugar del Accidente: | Cruzando una calle | | | |
| Nombre Centro Primera Atencion: | Clinica abel Gonzalez | | | |
| Fecha PSS: | 04 | 12 | 2015 | Hora PSS: 4:00 PM |

**DESCRIPCION DEL ACCIDENTE**

Se fracturo de un edificio a otro que es el edificio de la 27 cruzando un, de tres lo no pisó el pies 129 causandole fractura de dedo pie 129 tiene 30 dias de reposo a partir del dia 4-012 2015

| Firma del Afiliado: | Nombre del Investigador |
|---|---|
| Rafael E. Rodriguez Pineda | [illegible] |

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Gubernamental

Dirección (Calle y No): Av. Mexico Esquina Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional

Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —

Correo electrónico: — No de trabajadores: 900 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Rodríguez Peneda Nombres: Rafael Elpidio

Cédula: 001-0881186-0 NSS: 519398462870 01 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 06/02/1959 Edad: 57

Sexo: M: ○ F: ○ Dirección (Calle y No): C/17 nº 18 San Geronimo

Provincia: Distrito Nacional Municipio: Santo Domingo

Sector: San Geronimo Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: 829 785-0621 Tel. familiar o vecino: 809 518-2753

Nacionalidad: Dominicano Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ⊗ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗

ARS a la que pertenece: Humano

Ocupación: Analista

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 05/08/2007 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ○ Nocturna: ○ Mixta: ⊗ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 05/08/2007

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: Activo

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 A.m. 4:00 P.m. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 47,600

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 04/12/2015 Hora: 3:10 P.m 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): 04/12/15 Hora: 3:10 P.m

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Trayecto de la oficina a la TLC

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ○ Nocturno: ○ Turno: ⊗

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Iba en trayecto de la Oficina del Hucal al a la Oficina del TLC

**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.

Una grapeta le pisó el pie izquierdo

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR: REPRESENTANTE DE SERVICIO
28-3-16
HORA
AÑO

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Clinica Abel Gonzalez

Fecha (dd/mm/aa): 04/12/2015 Hora: 4:00 P.m

Tratamiento ambulatorio: ○ Hospitalizado: ⊗ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Lic. Ileana Benitez Cespedes

Cargo: Enc. Depto. Servicio al Personal

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 28/03/2016

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

FIRMA Y SELLO

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | Musia La Luz |
| Fecha Accidente: | |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de Industria y Comercio |
| Dirección: | Av Mexico esq. Leopoldo N |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | |
| Cargo de la persona Entrevistada: | Director de Recursos Humanos |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina De la Rosa | Maximina De la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

| | |
|---|---|
| Nombre del investigador ARLSS: | |

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Gubernamental

Dirección (Calle y No): Av. México Esq. Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional

Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —

Correo electrónico: — No de trabajadores: 900 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Ramírez Estevez Nombres: Martha María

Cédula: 001-0369911-3 NSS: 0130292225 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 19/06/1971 Edad: 44

Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): C/28 Casa H 13 Proyecto John F. Kenedy

Provincia: Santo Dgo. Este Municipio:

Sector: El Tomando Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: (829) 564-5435 Tel. familiar o vecino: (809) 414-8145

Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ⊗ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗

ARS a la que pertenece: Senasa

Ocupación: Recepcionista

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 16/10/2012 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ○ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ⊗

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 16/10/2012

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: Activa

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 1:00 p.m. 5:00 p.m. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 15,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 07/03/2016 Hora: 12:30 p.m 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): 07/03/2016 Hora: 3:00 p.m

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ⊗ NO: ○ Cuál?: Venía de Camino al trabajo.

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ○ Nocturno: ○ Turno: ⊗

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**

Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Venía en Camino para el trabajo.

**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.

La guagua en donde ella venía chocó con una Yeepeta

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR:
REPRESENTANTE DE SERVICIO 17-376

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro de Otorrino

Fecha (dd/mm/aa): 07/03/2016 Hora: 1:05 p.m CENTRO No. AÑO HORA

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Lic. Ileana Bezrito

Cargo: Enc. Depto. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 15/03/2016

FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Depto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | 11-03-2016 |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | Carmen Virginia Ortiz |
| Fecha Accidente: | |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de Industria y Comercio |
| Dirección: | Av. Horacio Ortiz Lopez No |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Leena Bentel |
| Cargo de la persona Entrevistada: | de la Gerencia de Gestión Humana |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS:

| ARLSS | FORMULARIO DE AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR - 2) | Código: FO-SC-002<br>Versión: 00<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

## 1.- Identificación general de la empresa:

Nombre o Razón Social: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355

Nombre de la actividad económica: Gubernamental

Dirección (Calle y No): Av. México Esq. Leopoldo Navarro

Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional

Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —

Correo electrónico: — No de trabajadores: 900 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Pérez Upia Nombres: Carmen Virginia

Cédula: 001-1101743-0 NSS: 16477616 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 01/11/1966 Edad:

Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): C/ Ramón Santana Nº 31

Provincia: Santo Domingo Municipio: Herrera

Sector: Buenos Aires Zona: U: ○ R: ○ Tel: (809) 846-5885 Tel. familiar o vecino: (809) 534-1835

Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ⊗ N: ○ Estado civil: S: ⊗ C: ○

ARS a la que pertenece: Constitución

Ocupación: Conserje

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01/03/2006 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ○ Nocturna: ○ Mixta: ⊗ Turnos: ○

Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01/03/2006

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: Activa

Horario de trabajo (Entrada/Salida): 10:00 A.m | 5:00 P.m Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 11,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 24/02/2016 Hora: 9:30 A.m 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): 25/02/16 Hora: 10:00 A.m

Estaba realizando su labor habitual?: SI: ○ NO: ⊗ Cuál?: Iba de camino al trabajo

Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ⊗ Nocturno: ○ Turno: ○

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Iba en un motor para el trabajo

**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.

Una grapeta impactó el motor y ella se cayó; Presenta trauma en la rodilla derecha

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE
ARLSS
RECIBIDO POR:
PRESENTANTE DE SERVICIO Martha Hurgomes
EXPEDIENTE Nº
DIA 4 MES 3 AÑO 2016 HORA 09:35 AM

Recibo ATR-2 y copia de cedula.

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Centro Dominicano

Fecha (dd/mm/aa): 24/02/16 Hora: 9:45 A.m

Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ○ NO: ○

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Lic. Ilenia Bentez Cespedes

Cargo: Enc. Depto. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 03/03/2016

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

FIRMA Y SELLO

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | Rafaela Tavarez |
| Fecha Accidente: | |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y C |
| Dirección: | Av. Mexico esq Leopoldo Ni |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Yoana Beltre |
| Cargo de la persona Entrevistada: | de la Tesorería de Sos Hos/Hum |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS: Rafaela Tavarez

ARLSS
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SALUD SEGURA

# 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: Ministerio de Industria y comercio
Nombre de la actividad económica: Gubernamental RNC: 40100 7355
Dirección (Calle y No): Av. México esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo
Sector: Gazque Zona: U: ⊗ R: ○ Municipio: Distrito Nacional
Teléfono: 809/685-5171
Correo electrónico: — Fax: —
No de trabajadores: 900 Total HHT por año: 144,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Ramirez Nombres: Rafaela
Cédula: 001-1705454-4 NSS: 6337980
Sexo: M: ○ F: ⊗ Dirección (Calle y No): Segunda Casa nº 10 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 5/06/1989 Edad: 34
Provincia: 9/2 Autopista Duarte
Sector: Holguin Zona: U: ⊗ R: ○ Municipio: Santo Domingo Oeste
Nacionalidad: Dominicana Tel: (809) 561-2538 Tel. familiar o vecino: 829 787-4688
ARS a la que pertenece: Senasa Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ⊗ N: ○ Estado civil: S: ⊗ C: ○
Ocupación: Conserje
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 04/09/2009
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 4/09/2009 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
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: Activa
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 6:00 A.m 2:00 Pm Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: 11,000

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 01/03/2016 Hora: 3:00 Pm.
Causó la muerte al trabajador: SI: ○ NO: ⊗ Tipo de accidente: Con lesión: ○ Sin lesión: ○
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): 02/03/16 Hora: 8:00 a.m
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ○ NO: ⊗ Cuál?: Ya hacia Salida del trabajo
Jornada en que se produce el accidente: Diurno: ○ Nocturno: ○ Turno: ⊗

## 4.- Descripción y circunstancias del accidente:

**Qué hacia el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

Iba para su Casa

**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.

Cuando se subió a la guagua, se le fueron los frenos y una persona la empujó y se fue de boca.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres: | | Nombres: | |
| Apellidos: | | Apellidos: | |
| Cargo: | | Cargo: | |
| Cédula: | | Cédula: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE
ARLSS
RECIBIDO POR:
PRESENTANTE DE SERVICIO: Martha Aragona
EXPEDIENTE No.:
DIA: 4 MES: 3 AÑO: 2016 HORA: 9:55 Am.

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Hospital Marcelino Vélez
Fecha (dd/mm/aa): 01/03/2016 Hora: 4:00 Pm
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacitado para el trabajo: SI: ⊗ NO: ○

Solamente Recibo el ATR-2 y copia de la cedula.

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Lic. Ileana Benitez Castillo
Cargo: Enc. Dept. Servicio al Personal y Relaciones Laborales

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 03/03/2016

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

FIRMA Y SELLO

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | 210171 |
| Nombre Lesionado: | Ramon antonio Martinez |
| Fecha Accidente: | 22-01-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de industria y comercio |
| Dirección: | Hermosa # |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Leana del Monte |
| Cargo de la persona Entrevistada: | de la direccion de Gestion Humana |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Leana Bentez | Bentez |
| | |
| | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

**Para uso exclusivo del investigador**

Observaciones:

Nombre del investigador ARLSS:

210173

# 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: Ministerio de Industria y Comercio RNC: 401007355
Nombre de la actividad económica: Gubernamental
Dirección (Calle y No): Av. Mellen esq. Leopoldo Navarro
Provincia: Santo Domingo Municipio: Distrito Nacional
Sector: Gazcue Zona: U: ⊗ R: ○ Teléfono: (809) 685-5171 Fax: —
Correo electrónico: — No de trabajadores: 1,600 Total HHT por año: 1,440,000

## 2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: M. Cortinas Nombres: Ramón Antonio
Cédula: 001-1832406-7 NSS: 036666782 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 1/9/55 Edad: 60
Sexo: M: ⊗ F: ○ Dirección (Calle y No): C/ Diego de Ocampo #3, Urb. Palmas del Oeste
Provincia: Santo Domingo Municipio: Santo Domingo Oeste
Sector: Herrera Zona: U: ⊗ R: ○ Tel: (809) 224-0151 Tel. familiar o vecino: (809) 224-0591
Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: B: ⊗ M: ○ S: ○ N: ○ Estado civil: S: ○ C: ⊗
ARS a la que pertenece: Senasa
Ocupación: Empleado Publico
Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 07/07/2013 Jornada de trabajo habitual: Diurna: ⊗ Nocturna: ○ Mixta: ○ Turnos: ○
Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 07/07/2013
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: Estable
Horario de trabajo (Entrada/Salida): 8:00 A.M. 4:00 P.M. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente: RD$42,000.00

## 3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 22-01-16 Hora: 4:00 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): 22-01-16 Hora: 4:00 PM
Estaba realizando su labor habitual?: SI: ○ NO: ⊗ Cuál?:
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?**
Describa 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; trasladandose en bus desde su casa al trabajo.

En este caso tenemos a un empleado que no ha sufrido ningún accidente laboral, por lo que desconocemos que este caso pueda declararse.

**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 trabó en un nudo de la madera y le lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

Dicha que su aseguradora provea brindarle los servicios correspondientes a su estado de salud.

## 5.- Información sobre testigos del accidente:

Alguna persona presenció el accidente: SI: ○ NO: ○
Nombres:
Apellidos:
Cargo:
Cédula:
Teléfono:

DEPARTAMENTO SERVICIO AL CLIENTE ARLSS
RECIBIDO POR:
PRESENTANTE DE SERVICIO
EXPEDIENTE No.
DIA: 2 MES: 2 AÑO: 2016 HORA:

Nombres:
Apellidos:
Cargo:
Cédula:
Teléfono:

## 6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: Dominicana
Fecha (dd/mm/aa): 22-01-16 Hora: 4:00 PM
Tratamiento ambulatorio: ⊗ Hospitalizado: ○ Fallecido: ○ Incapacidad para el trabajo: SI: ○ NO: ⊗

## 7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Diana Cristina
Cargo: Enc. de Dpto. de Seguridad, Salud y Relaciones Laboral

Fecha del Reporte (dd/mm/aa): 04/02/2016

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA
Dpto. de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

FIRMA Y SELLO

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | |
| Expediente No.: | |
| Nombre Lesionado: | |
| Fecha Accidente: | |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de Industria y Comercio |
| Dirección: | Leopoldo Navarro esquina |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Maximina de la Rosa |
| Cargo de la persona Entrevistada: | asistente de Gestion Humana |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

| | |
|---|---|
| Nombre del investigador ARLSS: | |

| ARLSS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-003 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Control de Visitas a las Empresas | Página de |

| | |
|---|---|
| Fecha: | 11-03-2016 |
| Expediente No.: | 213772 |
| Nombre Lesionado: | Zoila Milagros Soto Familia |
| Fecha Accidente: | 03-03-2016 |
| Nombre o razón social de la Empresa: | Ministerio de Industria y Comercio |
| Dirección: | Av. Mexico esq. Leopoldo Navarro |
| Nombre de la Persona Entrevistada: | Reyna Beltrán |
| Cargo de la persona Entrevistada: | Dir. la Gerencia de Gestión Humana |

| Nombre | Firma |
|---|---|
| Maximina de la Rosa | Maximina de la Rosa |
| Sello | |

MINISTERIO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
DIRECCION DE GESTION HUMANA
Dpto de Servicio al Personal y Relaciones Laborales
Santo Domingo, D.N.

Para uso exclusivo del investigador

Observaciones:

Este accidente ocurrió dentro de la guagua en la que ella se transportaba que la mordió y ella se golpeó con un sillón de la guagua.

Nombre del investigador ARLSS: [illegible]

| ARL SS Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura | FORMULARIO | Código: FO-IN-002 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | Entrevista de Accidente Laboral | Página de |

**POR NOTIFICACION DE ACCIDENTE LABORAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fecha de Entrevista: | 09 | 03 | 2016 | |
| No. Expediente: | 213772 | | | |
| Nombre de la Empresa: | Ministerio de cultura y Deportes | | | |
| Dirección de la Empresa: | Av México 159 - Edificio Nacional | | | |
| Nombre del Lesionado | Zoila Milagros Soto Familia | | | |
| No. de Cédula: | 402-235631-6 | | | |
| No. Teléfono: | 809 609 8571 / otro 829 664-0481 madre | | | |
| ARS que pertenece: | Desconocido | | | |
| Ocupación: | Colmado al frente | | | |
| Horario de Trabajo: | 1 PM a 5 PM | | | Observaciones |
| Fecha de Accidente: | 07 | 03 | 2016 | |
| Hora de Accidente: | 12:25 | | PM | |
| Lugar del Accidente: | Entra Av Las Americas Desde to | | | |
| Nombre Centro Primera Atencion: | Clinica de Traumatologia | | | |
| Fecha PSS: | 07 | 03 | 2016 | Hora PSS: 1:05 PM |

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Transitaba en una guagua por la avenida Boulevard cuando una llanta se salió de una cadena importante la guagua que se transitaba en la cual dos el puesto de la guagua chocó se todo con el Sillón del Pasajero con la pierna. Desde to con dolor / pierna de cadera o pie

| | |
|---|---|
| Firma del Afiliado: Zoila M. Soto Familia | Nombre del Investigador: Fernando Suero |