Retornar a consulta

1 of 1 Select a format Export

Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura

Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales

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

Reporte No.: 0000291565

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION DEL MAGISTERIO - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430017027

Nombre de la actividad económica: EDUCACION MEDIA DE FORMACION TECNICA Y PROFESIONAL

Dirección (Calle y Número): FURCY PICHARDO

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** Urbana

Sector: BELLA VISTA **Teléfono:** (809)535-8006 **Fax:** (809)535-3067

Correo electrónico: ROAMAN2001@LATINMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 210 **Total HHT por año:** 1

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): JIMENEZ **Nombre(s):** LINDIANERYS

Cédula: 001-1312585-0 **NSS:** 003965680 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 07-08-1977 **Edad:** 41 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** AV. REPUBLICA DE COLOMBIA 13

Provincia: SANTO DOMINGO **Municipio:** SANTO DOMINGO NORTE

Sector: BUENA VISTA **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Vecino:** (849)209-9844

Nacionalidad: Dominicana **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Estado Civil:** Soltero

ARS a la que pertenece:

Ocupación: SECRETARIOS

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 25-06-2013 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 25-06-2013 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 3-5 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 08:00 A.M. / 04:00 P.M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$42,900.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 30-01-2018 **Hora:** 03:55 P.M. **Tipo de Accidente:** Con Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** Centro de Trabajo

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 31-01-2018 **Hora:** 08:00 A.M.

Estaba realizando su labor habitual: No **¿Cuál?:** CORTANDO UNA GUAYABA

Jornada en que se produce el accidente: DIURNA

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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.

ESTABA CORTANDO UNA GUAYABA

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metos 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.

MIENTRAS CORTABA UNA GUAYABA CON UN CUCHILLO SE CORTO LA MANO IZQUIERDA

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: CENTRO MEDICO MODERNO (INSTITUTO DE MEDICINA POPULAR S. A.)

Fecha (dd/mm/aa): 30-01-2018 **Hora:** 04:00 P.M.

Tratamiento: **¿Incapacitado para el trabajo?:** SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: PAMELA DE LA CRUZ PIÑEYRO **Teléfono:**

Cargo: COORDINADORA SST

Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa): 6-2-2018 / 10:44:54

© 2008-2009 Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura. Derechos Reservados.
Calle 43, Edif. No 18, esq. Rafael Fernández Domínguez, Ens. La Fe. Sto. Dgo. R.D. Tel: (809) 563-2757

Retornar a consulta

1 of 1 Select a format Export

Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura

Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales

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

Reporte No.: 0000282302

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION DEL MAGISTERIO - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430017027

Nombre de la actividad económica: EDUCACION MEDIA DE FORMACION TECNICA Y PROFESIONAL

Dirección (Calle y Número): FURCY PICHARDO

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** Urbana

Sector: BELLA VISTA **Teléfono:** (809)535-8006 **Fax:** (809)535-3067

Correo electrónico: ROAMAN2001@LATINMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 210 **Total HHT por año:** 1

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): PINALES **Nombre(s):** REYITA

Cédula: 001-0508070-9 **NSS:** 007792945 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 07-01-1964 **Edad:** 54 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** 6TA RALMA 3

Provincia: SANTO DOMINGO **Municipio:** SANTO DOMINGO ESTE

Sector: VILLA FARO **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Vecino:**

Nacionalidad: Dominicana **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Estado Civil:** Soltero

ARS a la que pertenece:

Ocupación: MAESTROS E INSTRUCTORES DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA ESPECIAL

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 01-03-2015 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 01-03-2015 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 1-2 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 08:00 A.M. / 04:00 P.M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$11,215,372.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 10-11-2017 **Hora:** 03:50 A.M. **Tipo de Accidente:** Con Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** Centro de Trabajo

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 13-11-2017 **Hora:** 08:00 A.M.

Estaba realizando su labor habitual: No **¿Cuál?:**

Jornada en que se produce el accidente: DIURNA

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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.

BAJABA LAS ESCALERAS

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metos 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.

MIENTRAS BAJABA LAS ESCALERAS SE RESBALÓ Y CAYÓ

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

PIÑEYRO PAMELA ANTONIA DE LA (305)593-5383

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: CENTRO MEDICO REAL CXA

Fecha (dd/mm/aa): 13-11-2017 **Hora:** 08:00 A.M.

Tratamiento: **¿Incapacitado para el trabajo?:** No

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: PAMELA ANTONIA DE LA CRUZ PIÑEYRO **Teléfono:**

Cargo: COORDINADORA DE SALUD Y SEGURIDAD

Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa): 14-11-2017 / 12:25:12

© 2008-2009 Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura. Derechos Reservados.
Calle 43, Edif. No 18, esq. Rafael Fernández Domínguez, Ens. La Fe. Sto. Dgo. R.D. Tel: (809) 563-2757

Retornar a consulta

1 of 1 Select a format Export

Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura

Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales

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

Reporte No.: 0000281220

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION DEL MAGISTERIO - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430017027

Nombre de la actividad económica: EDUCACION MEDIA DE FORMACION TECNICA Y PROFESIONAL

Dirección (Calle y Número): FURCY PICHARDO

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** Urbana

Sector: BELLA VISTA **Teléfono:** (809)535-8006 **Fax:** (809)535-3067

Correo electrónico: ROAMAN2001@LATINMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 210 **Total HHT por año:** 1

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): MOQUETE **Nombre(s):** DIANA INDHIRA

Cédula: 402-2112527-7 **NSS:** 072482820 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 03-05-1991 **Edad:** 27 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** AV B EDIFICIO 30 3

Provincia: SANTO DOMINGO **Municipio:** SANTO DOMINGO ESTE

Sector: VILLA CARMEN **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Vecino:** (829)275-0235

Nacionalidad: Dominicana **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Estado Civil:** Casado

ARS a la que pertenece:

Ocupación: CONTADORES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 30-04-2013 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 30-04-2013 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 3-5 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 08:00 A.M. / 04:00 P.M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$51,480.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 24-10-2017 **Hora:** 05:20 P.M. **Tipo de Accidente:** Con Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** En Trayecto

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 25-10-2017 **Hora:** 08:00 A.M.

Estaba realizando su labor habitual: No **¿Cuál?:**

Jornada en que se produce el accidente: DIURNA

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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.

SE DIRIGÍA A SU CASA EN EL TRANSPORTE INSTITUCIONAL

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como sucedió el accidente. Ejemplo: Mientras estaba pintando al cambiarse el andamio se cayó desde tres metos 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.

A ESO DE LA 5:20 DE LA TARDE IBAN EN LA GUAGUA Y ESTABAN EN LA PARADA DE VILLA CARMEN DEJANDO UNA COLABORADORA CUANDO LA GUAGUA ARRANCO SE LE ATRAVESÓ UN CARRO DE CONCHO Y EL CHOFER TUVO QUE FRENAR REPENTINAMENTE ELLA SE ENCONTRABA EN EL ASIENTO DE LAS EMBARAZADAS Y SE FUE PARA ADELANTE GOLPEÁNDOSE EN LA RODILLA EL PECHO Y EL VIENTRE

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

TAVERA DOLORES

PIÑEYRO PAMELA ANTONIA DE LA (305)593-5383

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: CORPORACION VISTA HERMOSA / CENTRO POLICLINICO NACIONAL SRL

Fecha (dd/mm/aa): 25-10-2017 **Hora:** 08:30 A.M.

Tratamiento: **¿Incapacitado para el trabajo?:** SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: PAMELA ANTONIA DE LA CRUZ PIÑEYRO **Teléfono:**

Cargo: COORDINADORA DE SALUD Y SEGURIDAD

Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa): 3-11-2017 / 09:24:22

© 2008-2009 Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura. Derechos Reservados.
Calle 43, Edif. No 18, esq. Rafael Fernández Domínguez, Ens. La Fe. Sto. Dgo. R.D. Tel: (809) 563-2757