



Presidencia de la República Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano

"Año del Desarrollo Agroforestal"

RRHH/CI/101/17

22 de noviembre de 2017.-

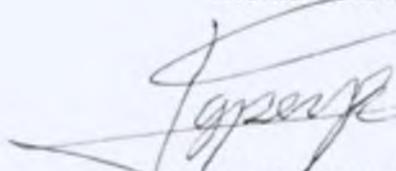
A l : **Ing. Manuel Arturo Socias**
Encargado de la División de Servicios Generales
Sus Manos.

Asunto : *Solicitud de documentación.*

Cortésmente, nos dirigimos a usted, con la finalidad de solicitarle todos los documentos que fueron utilizados en la compra de extintores para nuestra institución, con el objetivo de alimentar el sistema desarrollado para monitorear y dar seguimiento a los distintos indicadores (SISMAP) que ha definido el Ministerio de Administración pública para evaluar el nivel de avance de la Administración Pública.

Esperando con su acostumbrada colaboración y sin más por el momento, se despide,

Atentamente,


LIC. IGNACIO PEREZ
Enc. De Recursos Humanos





Comedores Económicos Del Estado Dominicano

Santo Domingo Este, República Dominicana

"Año del Desarrollo Agroforestal "

Santo Domingo Este,
06 febrero 2017

GERENCIA FINANCIERA

Recibido por Torres

Fecha: 07/02/17

Al : **Lic. Nicolás Calderón**
Administrador General

Via : **Lic. José Torres**
Gerente Administrativa y Financiera

Anexo : Cotización

ASUNTO : Solicitud de compra de extintor

Cortésmente, me dirijo a usted para saludarle y a la vez solicitarle la compra de 98 extintores QS ABC de 5 kg, 14 de 9 kg, 2 CO2 de 5 kg y un químico seco ABC automático de 10 Lbs. una entrega e instalación incluye flecha de extintores e instrucciones de uso. Para uso de los Comedores Económicos del Estado.

Sin otro particular, queda de usted.

Muy Atentamente

Ing. Arturo Socias
Enc. De Servicios Generales.



RODRIGUEZ ASESORIAS Y SERVICIOS, SRL

RNC # 131-447112

Fecha: 6 de Febrero, 2017

NO. 12017001

Señores

Comedores Económicos del Estado Dominicano

Licenciado Arturo Socias/Gerente Servicios Generales

Ciudad.-

Distinguido Licenciado Socias:

A continuación le presentamos la cotización de los siguientes equipos de combate de incendio requeridos por usted:

CANT	DESCRIPCION	PRECIO	TOTAL RD\$
32	Extintores QS. ABC de 5 kg. Para cede central y/o Los Minas	2,800.0	89,600.0
66	Extintores QS. ABC de 5 kg. Para las diferentes zonas de Comedores Económicos (ver anexo).	2,800.0	184,800.0
14	Extintores QS. ABC de 9 kg.	4,600.0	64,400.0
2	Extintores CO2 5 kg.	7,980.0	15,960.0
1	Quimico seco ABC automático de 10 lbs.	9,500.0	9,500.0
1	Entrega e Instalación, incluye flecha de extintor e intrucciones de uso.	-	55,500.0
		Subtotal	419,760.0
		18% ITBIS	75,556.8
		TOTAL	495,316.8

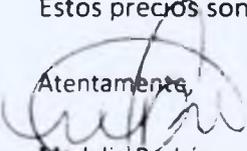
Nota:

Tiempo de entrega: cinco días.

Nuestra responsabilidad se limita a ejecutar lo expresado en esta oferta.

Estos precios son validos por 5 días.

Atentamente,


Madelin Rodríguez

Gerente General

RAS-SRL

(849) 344-1233



Gestión Integral de Riesgos, S. A.

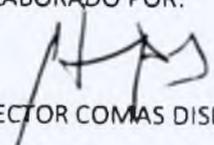
6 DE FEBRERO DEL 2017.

SEÑORES:

COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO
SEÑOR ARTURO SOCIAS

CANT	DETALLE	PRECIO	TOTAL RD\$
32	EXTINTORES DE POLVO QS. 5 KILOGRAMOS.	3,200 0	102,400 0
66	EXTINTORES DE POLVO QS 5 KILOGRAMOS	3,200.0	211,200 0
14	EXTINTORES DE POLVO QS 9 KILOGRAMOS	5,450 0	76,300 0
2	EXTINTORES DE DIOXIDO DE CARBONO (CO2) 9 KILOGRAMOS	8 900 0	17 800 0
1	EXTINTORES DE POLVO QS. AUTOMATICO 10 LIBRAS	13,475.0	13,475.0
49	INSTALACION Y SEÑALIZACION	1,500.0	73,500 0
		S-TOTAL	494,675.0
		18% ITBIS	89,041.5
		TOTALRD\$	583,716.5

ELABORADO POR:


HECTOR COMAS DISLA

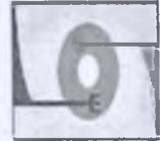
GERENTE GENERAL



Gestión Integral de Riesgos, S. A.



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA



Sistema Integrado de Gestión Financiera

Orden de Compra-OR-2017-31

Comedores Económicos

17945432

Nro. Contrato / Año: 31/17
Fecha: 03/03/2017
Descripción: Adquisición de Extintores e Instalacion
Obra:

Datos del Proveedor

Razón Social: Ras Rodriguez Asesorías Y Servicios, SRL RNC-131447112
Nombre Comercial: Ras Rodriguez Asesorías Y Servicios, SRL
Domicilio Comercial: Calle Gaspar Polanco, No. 117, Edif. Ana Leticia, B4S Tel: 809-508-2366

Datos generales del Contrato

Trámite de Compra asociado: 2017-CMC-7 Certificación Contraloría:
Anticipo: RD\$ 0 Retención%:
Ampliación %: 0 Total: RD\$ 495,316.80
Observaciones:
Modalidad Pago: A CREDITO
Para uso de los Comedores Económicos del Estado

Detalle

Table with 9 columns: IT, Descripción, Cantidad, Unidad, Mon, Precio Unit s/ITBIS, Imp Moneda Orig s/ITBIS, % Descuento, ITBIS Total Moneda Orig. It lists items like 'Quimico secos ABC automatico de 10 Lbs' and 'Extintores QS. ABC 5kg'.

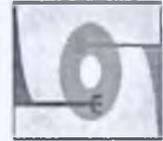
FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma
Nombre y Apellido

Firma
Nombre y Apellido



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA



Sistema Integrado de Gestión Financiera

Orden de Compra-OR-2017-31

Comedores Económicos

Detalle

IT	Descripcion	Cantidad	Unidad	Mon	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Total Moneda Orig
5	Extintores CO2. 5kg	2	ud	RD	7,980.00	15,960.00	0.00	2,872.80
						Total Otros Impuestos		0.00
						Subtotal Moneda Original		18,832.80
Observación:								
6	Entrega e Instalacion			RD	1.00	55,500.00	0.00	9,990.00
						Total Otros Impuestos		0.00
						Subtotal Moneda Original		65,490.00

Observación: Incluye fecha de extintor e instalaciones de uso

Subtotal	RDS
Total ITBIS	419,760.00
Total Descuentos	75,556.80
Total Otros Impuestos	0.00
Total	0.00
	495,316.80

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Extintor colocado en RRHH



INSTRUCCIONES DE USO

1. Retire el pasador de seguridad.
2. Dirija la manguera a la base del fuego.
3. Presione la palanca de operación.
4. Mantenga el producto en la dirección del viento, con movimiento de lado a lado en la base del fuego.

RAS



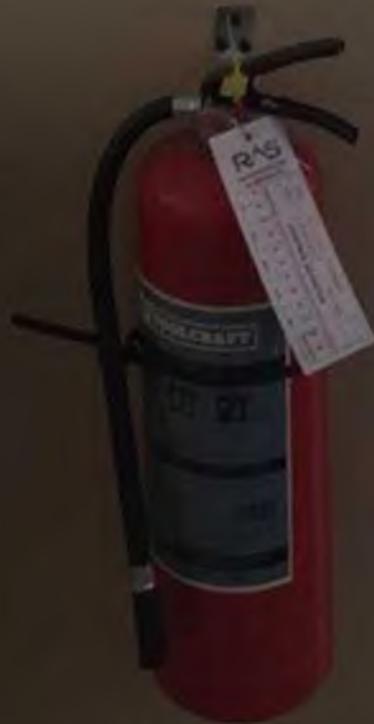
Extintor colocado en la recepcion 3er. nivel



INSTRUCCIONES DE USO

1. Retire el pasador de seguridad.
2. Dirija la manguera a la base del fuego.
3. Presione la palanca de operación.
4. Despegue el asa de la boquilla y dirija el flujo del agente extinguidor de la base del fuego.

RMS



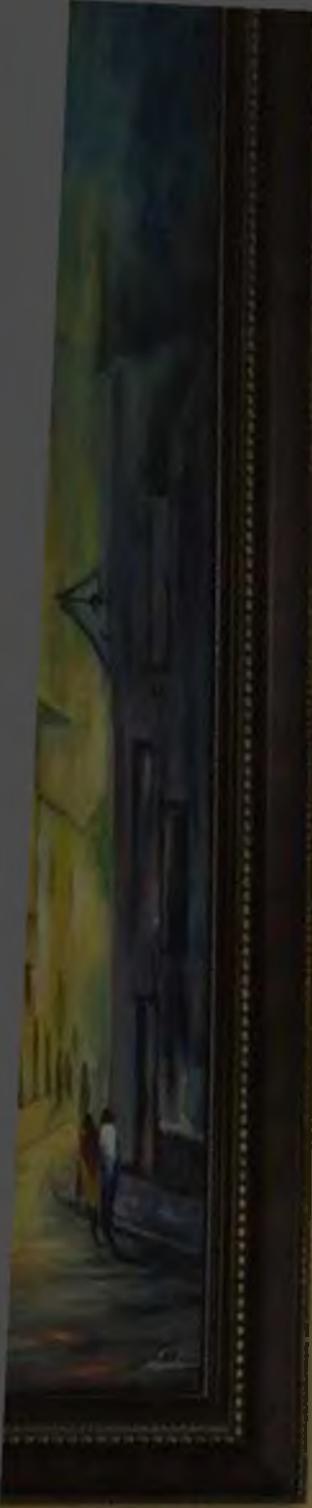
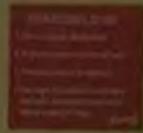
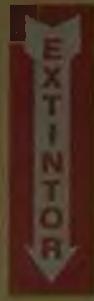
Extintor colocado en el Pasillo del 2do. nivel.



• TESORERIA •
• CAJA •



Extintor colocado en la
escalera hacia el 3er.
nivel



**Extintor colocado sala
de espera del 2do. nivel**



Santo Domingo, Este

28 de octubre, 2016.

AL : LIC. Ignacio Pérez,
Gerente de Recursos Humanos.

Asunto : Accidente laboral.

Después de un cordial saludo, le informo que el día 2 de agosto del 2016 la empleada Yahaira Cruz Martínez, se lesiono el tobillo derecho, hago esto para fines de lugar.

Sin otro particular por el momento.

Muy atentamente.

SRA. GERTRUDIS CHABALIER

ENC. Del Comedor Los Mina.



DEPTO. DE PERSONAL
SEGURO MEDICO

RECIBIDO POR:
FECHA: 28/10/2016





DEPARTAMENTO DE IMAGENES

PACIENTE					
DOCUMENTO	NO DE CASO	PACIENTE	EDAD	SEXO	FECHA
00240097	01191837	YAHAIRA CRUZ MARTINEZ	34 Años	FEMENINO	8/26/2016
MEDICO REFERIDOR		ARS	POLIZA	AUTORIZACION	
DR. DARWIN GOMEZ		PRIMERA ARS HUMANO	2740142000	94-5236680	

PIE DER. AP/LAT.

NO SE OBSERVAN LINEAS DE FRACTURAS.

ESPACIO ARTICULAR PRESERVADO SIN DISLOCACION.

NO LESIONES LITICAS O BLASTICAS.

EXISTEN DISCRETOS CAMBIOS EN LA ATENUACION DEL TEJIDO BLANDO ARTICULAR.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- CAMBIO EN LA ATENUACION DEL TEJIDO BLANDO.
- VALORAR ESGUINCE.
- CORROBORAR CON CLINICA.

Dr. Alexis H. Angomas R.
MÉDICO IMAGENOLOGO. Exp. 10-9403
alexangomas@hotmail.com

DR. ALEXIS ANGOMAS



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 Razon Social: Industria Manufacturera de Alimentos RNC: 90102721-7
 Nombre de la actividad económica: Industria
 Dirección (Calle y No): Calle 100 No. 100
 Provincia: San Juan Municipio: San Juan
 Sector: Industria Zona: U: R: Telefono: 939-955-7308 Fax:
 Correo electrónico: info@industria.com No. de trabajadores: 50 Total HHT por año: 51450

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Quiroga Martínez Nombres: Yolanda
 Cedula: 001-000000000 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 20-3-1980 Edad: 34
 Sexo: M: F: Dirección (Calle y No): Calle 100 No. 100
 Provincia: San Juan Municipio: San Juan
 Sector: Industria Zona: U: R: Tel: 939-955-7308 Tel. familiar o vecino: 939-955-7308
 Nacionalidad: Puertorriqueña Escolaridad: B: M: S: N: Estado civil: S: C:
 ARS a la pertenece: ARS Industrial
 Ocupación: Operaria
 Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 01-01-2010 Jornada de trabajo habitual: Diurna Nocturna: Mixta: Turnos:
 Fecha de ingreso al puesto de trabajo (dd/mm/aa): 01-01-2010
 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: Mas de 15 años:
 Situación en el empleo: Activa
 Horario de trabajo (Entrada/Salida): 7:00 a.m. - 3:00 p.m. Qué salario recibía al momento de sufrir el accidente:

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 02-08-2010 Hora: 11:00 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): 02-08-2010 Hora: 12:00 a.m.
 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; Traslándose en bus desde su casa al trabajo.

Estaba estudiando en un curso de contabilidad en INFOTEP facilitado por la empresa y bajé a las 11:00 A.M. a desayunar y me caí de la mesa.

Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

Diga como 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 camion.

mientras estaba en mi hora de descanso fui a la cafetería a desayunar y me caí por resaca de la cafetería. Peleé en la cabeza y me caí.

5.- Información sobre testigos de accidente:

Alguna persona presenció el accidente: Si: NO:

Nombres: <u>Yolanda Quiroga</u>	Nombres: <u>Yolanda Quiroga</u>
Apellidos: <u>Quiroga Martínez</u>	Apellidos: <u>Quiroga Martínez</u>
Cargo: <u>Operaria de la cafetería</u>	Cargo: <u>Operaria de la cafetería</u>
Cedula: <u>001-000000000</u>	Cedula: <u>001-000000000</u>
Telefono: <u>939-955-7308</u>	Telefono: <u>939-955-7308</u>

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:
 Fecha (dd/mm/aa): 02-08-2010 Hora: 12:00
 Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: SI NO:

7.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Yolanda Quiroga
 Cargo: Operaria

Fecha del Reporte (dd/mm/aa):

Yolanda Quiroga

FIRMA Y SELLO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ITR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin.

RNC: número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el Decreto 76-99

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económica vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales asignará a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales asignará el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas

Zona: marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores: anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente

Total HHT por año (total de horas hombres trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados remunerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia

2.- Identificación de la persona accidentada:

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

NSS (Número de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años cumplidos al momento de sufrir el accidente

Sexo: marque con una X la casilla correspondiente M, si el trabajador es masculino o F si es femenino

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas

Teléfono: escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada, las categorías a considerar serían

P = primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso

S = secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato

U = universitaria, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres

N = ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras

Ocupación: escribir el título o profesión delimitado en términos de la combinación de trabajos, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, hasta tanto se realice una adecuación de la misma para el país

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotará en el espacio sombreado, el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento de accidente

Fecha de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo

Fecha de ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en puesto en que sufrió el accidente reportado.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de Trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente. (1) diurno, (2) nocturna, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembros de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificarse en estas categorías)

Horario de Trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los horarios (mensuales) o semanal según el caso.

3.- Información sobre el Accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se consideran sin lesión aquellas en las cuales no se necesito ningún tipo de intervención médica.

Causo la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato

Fecha en que dejó de trabajar: Escriba la fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora en que dejó de trabajar: Escriba la hora en que se dejó de trabajar por causa de accidente en el orden como se especifica en el formato: hora y minutos

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual.

Jornada en que se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario

4.- Descripción y Circunstancias del accidente

En este espacio describa en forma breve el hecho que originó el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante

5.- Información sobre Testigos

Personas que presenciaron el accidente: Marque X en la casilla correspondiente, si o no hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo, escriba los apellidos y nombres de los de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente

Fecha y hora en que recibió la atención: Escriba la fecha en que recibió esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año) coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por más de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa

Lunes 24 de Octubre del 2016, 7:42 pm

PRIMERA ARS DE HUMANO

Farmacia: JAMAR
RNC: JAMAR SRL (130942481)
Prescriptor: hospital darlo contreras
Nombre Afiliado: YAHAIRA CRUZ MARTINEZ
Cedula Afiliado: 00116488636
Carne Afiliado: 2740142000
Telefono Suministrado: 8498554635
Cedula suministrada: 00105331268

Medicamentos

Precio Copago Cobertura

AUTORIZADO

TANDREX FORTE 25 MG + 50 MG TABS X 2

02005005 499.25 149.78 349.47

Seguro Cubre: 349.47
Pago afiliado: 149.78
Monto Reclamado: 499.25

Dependiente: JEAN MARCOS REINOSO DIAZ
Autorizacion: P1690015377646
Fecha Autorizacion: 2016-08-03
Tipo Receta: EMERGENCIA
Fecha Receta: 2016-08-03

Z

Firma del Afiliado

Firma del Proveedor

Por este medio autorizo a la farmacia a suministrar toda informacion, (incluyendo copias exactas de sus archivos), que sea solicitada por PRIMERA ARS DE HUMANO, S. A., correspondiente a todo tratamiento, servicios, o beneficios prestados a mi favor



P1690015377646

<<FARMACIA JAMAR>>

AV. SAN V. DE PAUL #3334, PLAZA C. DEL
TEL. 592-2420/592-2525 RNC.130-94248-1

SEGURO MEDICO

(COPIA)

CAJA : CAJA 1 FACT.: 13407
CAJERA: CHAINES BOMBS FECHA:03/08/2016
VENDED: NABSIEL HORA :09:51 pm

FACTURA VALIDA PARA CONSUMIDORES FINALES
NCF....: A010010010200146653

CLIENTE : 0018 ARS HUMANO
ASEGURADO: 27401-00 YANAIIRA CRUZ MARTINE
SEPTO : 056 MAXIMO
PACIENTE : 27401-00 YANAIIRA CRUZ MARTINE

DESCRIPCION	CANTD	PRECIO	IMPORTE
E TANOREX FORTE X 5 CUB			499.25
3 a 77.65			

TOTAL 499.25

ADQUIRIENTE

FARMACIA

Gracias por su preferencia...

RECIBIDO POR: *[Signature]*
FECHA: *5/10/16*
DEPTO. DE PERSONAL MEDICO



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Hospital Docente Universitario
Dr. Dario Contreras



Rx

Di. Equina tobillo dcha -

Immovolizacin por 21 dias



Nombre: *Yahaira Cruz Martinez*
Edad: _____ Fecha: *05/10/2016*
Doctor: *A. Kerolien*
Exequatur No.: *1953* Licencia No.: _____



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Hospital Docente Universitario
Dr. Dario Contreras



Rx Dx Esquivel Apbillo
dcm



por 15 días

Nombre: Juan Carlos Cruz Martinez
 Edad: _____ Fecha: Sept 30 / 2016
 Doctor: A. Kevolan
 Exequatur No.: 1953 Licencia No.: _____

DEPTO. DE PERSONAL
SEGURO MEDICO
RECIBIDO POR: [Signature]
FECHA: 20/9/2016



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
 Hospital Docente Universitario
 Dr. Dario Contreras



R

H

Femenina de 30 años
 de edad que cursa
 con el Diagnóstico
 de Esquema de Tobillo
 derecho + Trauma

de izquierda
 + Trauma: huesos +
 + Tratamiento 2 días

Nombre: Johana Cruz

Edad: 30 Fecha 05/18/16

Doctor: R. Cruz

Exequatur No.: _____ Licencia No. _____



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Hospital Docente Universitario
Dr. Dario Contreras

Rx

Celestrol

Usar al...



Nombre Yajaira Cruz
Edad _____ Fecha _____
Doctor _____
Exequatur No _____ Licencia No _____



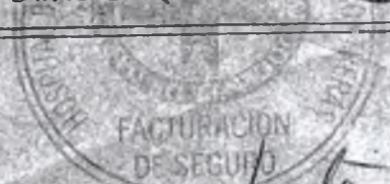
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Hospital Docente Universitario
Dr. Dario Contreras



Rx

Tandrex forte

Usar...



Nombre Yajaira Cruz
Edad _____ Fecha _____
Doctor _____
Exequatur No _____ Licencia No _____



República Dominicana
Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DR. DARIO CONTRERAS
"Año de la Atención Integral a la Primera Infancia"

NOMBRE DE PACIENTE	ESTUDIO INDICADO	FECHA	EDAD
YAHAIRA CRUZ MARTINEZ	RADIOGRAFIA DE AMBOS TOBILLO AP/LAT	2/8/16	34

COMENTARIOS:

- ADECUADA MINERALIZACION ÓSEA.
- NO SE EVIDENCIAN SOLUCIONES DE CONTINUIDAD, NO LESIONES LITICAS, NI OSTEOLITICAS EN ESTRUCTURAS ÓSEA.
- NO CALCIFICACIONES INTRA, NI PERIARTICULARES.
- TEJIDOS BLANDOS SIN ALTERACIONES.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA.

Dra. N. Peguero
RADIOLOGO
DRA. NIRAIMA PEGUERO
MEDICO RADIOLOGO

A/N





República Dominicana

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DR. DARIO CONTRERAS

"Año de la Atención Integral a la Primera Infancia"

NOMBRE DE PACIENTE	ESTUDIO INDICADO	FECHA	EDAD
YAHAIRA CRUZ MARTINEZ	RADIOGRAFIA DEAMBOS PIE AP/LAT	2/8/2016	34

RESULTADO:

- ADECUADA MINERALIZACION ÓSEA.
- NO SE EVIDENCIAN SOLUCIONES DE CONTINUIDAD, LESIONES LITICAS, NI OSTEOLASTICAS EN ESTRUCTURAS ÓSEAS.
- INTERLINEA ARTICULAR CONSERVADA.
- NO CALCIFICACIONES INTRA, NI PERIARTICULARES.
- TEJIDOS BLANDOS SIN ALTERACIONES.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- ✓ SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA.

Dra. N. Peguero

RADIOLOGO
DRA. NIRAIMA PEGUERO
MEDICO RADIOLOGO



A/N



Seguro

del Estado Do.
Presidencia de la República Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano
"Año del Desarrollo Agroforestal"

Santo Domingo Este
17 de Noviembre 2017

A: Lic. María Reyes
Enc. Seguro Médico

Asunto: Reporte de Accidente Laboral

Anexo: Certificación Médica y Formulario (ATR-2)

Cortesmente, nos dirigimos a usted a los fines de informarle que el día 16 de noviembre 2017, siendo las 8:00 am, el Sr. **Amuráis Gómez, cedula 001-1156270-8** el cual se desempeña como chofer de este departamento, mientras se encontraba parado en la intersección de la calle Puerto Rico con la avenida Sabana larga esperando que el AMET le ceda el paso, fue atropellado de repente por un vehículo de motor, resultando con fracturas abiertas de tipo 1 . trauma del tercio discal de la tibia y el peroné izquierdo según diagnostico medico anexo. El cual fue trasladado al hospital Dario Contreras para ser operado de emergencia. El accidente antes referido, sucedió en presencia del **Sr. Manuel Perdomo Llaveres portador la cedula No.001-1106258-4.**

Sin otro Particular, se despide de usted

Muy Atentamente:

Lic. Jorge Veras
Enc. De la Sección de Transportación

DEPTO. DE PERSONAL
SEGURO MEDICO
RECIBIDO POR: *[Firma]*
FECHA: 18/11/2017





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: Comandancia Municipal del Estado RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No.): Avenida de los Venecos de Puerto Rico, P.O. Box de Puerto Rico, San Juan, P.R.

Provincia: San Juan Municipio: San Juan

Sector: Comercio zona: U: R: Teléfono: 301-221-1119 Fax:

Córeo electrónico: No. de trabajadores: Total: HHT por año

2 - Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Sanchez Nombres: Américo

Cédula: 1106258-4 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 17/05/1977 Edad: 40

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No.): Calle de la Casa Vieja, Sector Los Venecos, P.R.

Provincia: San Juan Municipio: San Juan

Sector: Comercio zona: U: R: Tel: 301-221-1119 Tel: familiar o vecino:

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

ARS a la que pertenece: Salud - Saludable

Ocupación: Chofer

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): 11/12/2016

Tiempo en puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Mas de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada Salida): 8:00am - 3:00pm Que salario recibía al momento de sufrir el accidente: 207.500

3 - Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 16/11/2017 Hora: 8:00am Tipo de accidente: Con lesión Sin lesión

Causo 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): 17/11/2017 Hora:

Estaba realizando su labor habitual Si: No: Cual?: Desplazándose en un vehículo

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

4- Descripción y circunstancias del accidente:

Que 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

Estaba de camino al trabajo

Que paso y como 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 lesionó la mano; el bus en que viajaba chocó contra un camión.

Estaba viajando esperando que el camión le cediera el paso cuando de repente un bus se detuvo de repente y lo atropelló

5- Información sobre testigo de accidente:

Algunas personas presenciaron el accidente: Si: No:

Nombres: <u>David</u>	Nombres: <u></u>
Apellidos: <u>Roberto Torres</u>	Apellidos: <u></u>
Cargo: <u>Chofer</u>	Cargo: <u></u>
Cédula: <u>1106258-4</u>	Cédula: <u></u>
Teléfono: <u>301-221-1119</u>	Teléfono: <u></u>

6- Datos de la primera atención:

PSS donde recibí la primera atención: San Juan

Fecha (dd/mm/aa): 16/11/2017 Hora: 8:00am

Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: Si: No:

7- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos: Karol Sosa Espino

Cargo: Suplente de la Oficina de Inspección y Prevención

Fecha del reporte (dd/mm/aa): 16/11/2017

FIRMA Y SELLO

INSTRUTIVO PARA LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin.
RNC: número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el Decreto 76-99

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económica vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales asignará a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales asignará el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Zona: marque con una x, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores: anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados reenumerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona accidentada.

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

NSS (Número de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) Y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años, cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una x la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Teléfono: escriba el número de telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo

Teléfono: de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada. las categorías a considerar son:

P - primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso.

S - secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato

U - universitario, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres.

N - ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras.

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de trabajo tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, hasta tanto se realice una educación de la misma para el país.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicios de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotará en el espacio sombreado, el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento del accidente

Fecha: de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en el puesto en que sufrió el accidente reportado.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembro de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida.

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia de accidente o de los horarios (mensuales) o semanal según el caso.

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se concideran sin lesión aquellas en las cuales no es necesario ningún tipo de intervención médica.

Causo la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X, la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato.

Fecha en que dejo de trabajar: Escriba la fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora en que dejo de trabajar: Escriba la hora en que dejo de trabajar por causa del accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos.

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) No, según corresponda si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en esta formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual.

Jornada en se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

4.- Descripción y Circunstancias del accidente:

En este espacio describa en forma breve el hecho que origino el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrado todo lo que considere importante.

5.- Información sobre Testigo:

Personas que presenciaron el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente si o no hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo escriba los apellidos y nombres de los de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibo la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente.

Fecha y hora en que recibo la atención: Escriba la fecha en que recibo esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año), coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida.

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por más de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa.

AR 16/10

Santo Domingo
18 Octubre 2017

Al: Departamento Recursos Humanos
Via: Seguro Medico
Del: SR. DANIEL CASILLA
Asunto: Reporte de Accidentes

Distinguidos Señores

Después de darle un afectuoso saludo, me dirijo a usted para informarle del accidente que en la mañana de hoy le ocurrió al Sr. LUIS ALCIBIADES Cedula de Identidad y Electoral No. 001-087331-2 quien se desempeña como Maquinista de sus funciones resbalo afectándose el pie, derecho anexos certificado médico. Los señores son los siguientes.

- 1-RAMON SOTO BAEZ CED. 001-1335971-5
- 2- ROBERT ROSARIO CED. 001-1221471-3

sin otro particular por el momento, queda de usted.

DC Alex
Sr. Daniel CASILLA
Enc. Almacén General

DEPTO DE PERSONAL
REC. HUMANOS
FECHA 18 de octubre
Almacén



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: RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U: R: Teléfono: Fax:

Córeo electrónico: No. de trabajadores: Total: HHT por año:

2 - Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U: R: Tél: Tel: familiar o vecino:

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

ARS a la que pertenece:

Ocupación:

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 puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses: 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Mas de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada Salida): Que salario recibía al momento de sufrir el accidente:

3 - Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): Hora: Tipo de accidente: Con lesión: Sin lesión:

Causo la muerte al trabajador Si: No: Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa: fuera de la empresa:

Fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): Hora:

Estaba realizando su labor habitual Si: No: Cual?:

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

4 - Descripción y circunstancias del accidente:

Que 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. Ejemplo: pintando una pared parado sobre un andamio: cortando madera con una sierra circular de banco: Trasladándose en bus desde su casa al trabajo

Que paso y como 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 lesiono la mano: el bus en que viajaba choco contra un camión.

5 - Información sobre testigo de accidente:

Algunas personas presenciaron el accidente Si: No:

Nombres: <input type="text"/>	Nombres: <input type="text"/>
Apellidos: <input type="text"/>	Apellidos: <input type="text"/>
Cargo: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
Cédula: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>
Teléfono: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>

6 - Datos de la primera atención:

PSS donde recibí la primera atención:

Fecha (dd/mm/aa): Hora:

Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: Si: No:

7 - Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte (dd/mm/aa):

FIRMA Y SELLO

INSTRUTIVO PARA LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin, **RNC:** número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el Decreto 76-99

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económica vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales asignara a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales asignara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Zona: marque con una X, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores. anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados reenumerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona accidentada.

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

NSS (Número de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) Y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años, cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una X la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora, que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Teléfono: escriba el número de telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada. las categorías a considerar serían:

P - primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso

S - secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato

U - universitario, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres,

N - ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben.

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, hasta tanto se realice una educación de la misma para el país.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicios de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotara en el espacio sombreado el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento del accidente.

Fecha: de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en el puesto en que sufrio el accidente reportado.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembro de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida.

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia de accidente o de los honorarios (mensuales) o semanal según el caso

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se concideran sin lesión aquellas en las cuales no es necesario ningún tipo de Intervención médica.

Causo la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X, la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato.

Fecha en que dejo de trabajar: Escriba la fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora en que dejo de trabajar: Escriba la hora en que dejo de trabajar por causa del accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos.

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) No, según corresponda si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en esta formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cual labor realizaba si no era la habitual.

Jornada en se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

4.- Descripción y Circunstancias del accidente:

En este espacio describa en forma breve el hecho que origino el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrado todo lo que considere importante.

5.- Información sobre Testigo:

Personas que presenciaron el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente si o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo escriba los apellidos y nombres de los de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibio la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente.

Fecha y hora en que recibio la atención: Escriba la fecha en que recibio esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año). coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida.

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por más de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa.



Presidencia de la República Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano

"Año del Desarrollo Agroforestal"

Santo Domingo Este
11 octubre 2017

A : **Lic. María Reyes**
Encada, Seguro Medico

Asunto : *Reporte Accidente Laboral*

*Cortésmente, me dirijo a usted para saludarle y a la vez informarle que el día 11 de octubre 2017, a las 12 : 00 PM, el Sr. Eligio Heredia Batista, Cedula 001-1016788-9 empleado del departamento de mantenimiento que desempeña el cargo de técnico de Cocinas Móviles, el realizando su labor recibió una lesión en ambos ojos a causa de la explosión de una batería, se le recomendó 10 días Laborales de reposo por dicha lesión el cual fue llevado a la **Clinica de Medicina Familiar Dr. Franklin Peña** ubicada en San Pedro de Macorís, esto sucedió en presencia de la Sra. Georgina Santos cedula 001-0813553-4 quien labora como encargada de la cocina móvil y se desempeña como chofer.*

Sin más por el momento, queda de usted.

Muy Atentamente,



Ing. Arturo Socías
Enc. Div. Servicios Generales





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: RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U: R: Teléfono: Fax:

Córeo electrónico: No. de trabajadores: Total: HHT por año:

2 - Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U: R: Tel: Tél: familiar o vecino:

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

ARS a la que pertenece:

Ocupación:

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 puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses: 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Mas de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada Salida): Que salario recibía al momento de sufrir el accidente:

3 - Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): Hora: Tipo de accidente: Con lesión: Sin lesión:

Causo 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: Cual?:

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

4 - Descripción y circunstancias del accidente:

Que hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?

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

Que paso y como 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 lesionó la mano; el bus en que viajaba choco contra un camión.

5 - Información sobre testigo de accidente:

Algunas personas presenciaron el accidente: Si: No:

Nombres: <input type="text" value="GONZALEZ"/>	Nombres: <input type="text" value="JOSE KRISTO"/>
Apellidos: <input type="text" value="SANTO"/>	Apellidos: <input type="text" value="CUBES SANTO"/>
Cargo: <input type="text" value="Ejecutivo de Atención al Cliente"/>	Cargo: <input type="text" value="Cajero"/>
Cédula: <input type="text" value="001-0913333-7"/>	Cédula: <input type="text" value="010-0068760-0"/>
Teléfono: <input type="text" value="629-420-0967"/>	Teléfono: <input type="text" value="629-402-9907"/>

6 - Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:

Fecha (dd/mm/aa): Hora:

Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: Si: No:

7 - Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte (dd/mm/aa):

FIRMA Y SELLO

INSTRUTIVO PARA LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin, **RNC:** número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el Decreto 76-99

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la Administradora de Riesgos Laborales asignara a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales asignara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Zona: marque con una x, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores. anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados reenumerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona accidentada.

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

NSS (Número de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) Y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año

Edad: escriba la edad en años, cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una x la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora, que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Teléfono: escriba el número de telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Nacionalidad:

Educación: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada las categorías a considerar sean:
P - primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso.
S - secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato
U - universitario, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres,
N - ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras.

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUC-88, hasta tanto se realice una educación de la misma para el país.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicios de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotara en el espacio sombreado, el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento del accidente.

Fecha de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en el puesto en que sufrió el accidente reportado.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembro de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida.

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia de accidente o de los horarios (mensuales) o semanal según el caso.

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se concideran sin lesión aquellas en los cuales no es necesario ningún tipo de Intervención médica.

Causo la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X, la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato.

Fecha en que dejo de trabajar: Escriba la fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora en que dejo de trabajar: Escriba la hora en que dejo de trabajar por causa del accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos.

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) No, según corresponda si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en esta formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual.

Jornada en se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

4.- Descripción y Circunstancias del accidente:

En este espacio describa en forma breve el hecho que origino el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrado todo lo que considere importante.

5.- Información sobre Testigo:

Personas que presenciaron el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente si o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo escriba los apellidos y nombres de los de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibí la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente.

Fecha y hora en que recibí la atención: Escriba la fecha en que recibí esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año). Coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida.

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por más de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa.

Certificado de Salud y
Recomendaciones Médicas



El doctor Arto Jares

Expediente No. 4731 certifica haber examinado a

Clara Huesca Batista
Cédula No. 0010/6788-9 y constatado que;

El cual presenta un cuadro clínico de
hipertensión arterial de grado I, sin complicaciones
asociadas, regularidad de los latidos, ruidos cardíacos,
sin soplos.

Por tanto, recomienda:

Regimen absoluto por 15 días de reposo,
control de presión arterial, dieta hipocolesterolémica.

Firmado en 57000, hoy 12/10/77

[Firma]
Firma y Sello del Médico

Decreto Supremo de 1976 que modifica el SUSDOM



Presidencia de la República Dominicana
Comedores Económicos del Estado Dominicano
"Año del Desarrollo Agroforestal"

10/Octubre/2017.

Al : **Lic. Ignacio Pérez**
Gerente de Recursos Humanos

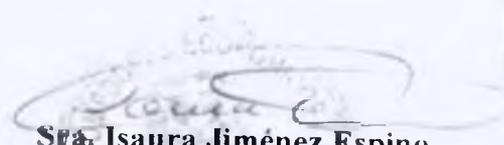
Via : **Lic. María Reyes**
En, Seguro Medico

Asunto : **Informe Accidente Laboral**

Cortésmente me dirijo a usted para saludarle y a la vez reportarle que el día 22 de septiembre, siendo las 10:25 a.m aproximadamente, el señor **Yeison Javier Rosario**, Encargado de la Cocina Móvil, procedía a buscar un sazón al camión, luego resbalo del mismo y cayó sobre su mano izquierda sufriendo rotura, por lo cual se encuentra de reposo bajo Licencia Médica.

Agradeciendo su Atención a la presente,

Se despide,


Sra. Isaura Jiménez Espino
Coordinadora General de Cocinas Móviles



DEPTO. DE PERSONAL
SEGURO MEDICO
RECIBIDO POR
FECHA: 10/10/17



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: RNC:

Nombre de la actividad económica:

Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U R: Teléfono: Fax:

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

2 - Identificación de la persona accidentada:

Apellidos: Nombres:

Cédula: NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad:

Sexo: M: F: Dirección (Calle y No.):

Provincia: Municipio:

Sector: zona: U: R: Tel: Tel: familiar o vecino:

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

ARS a la que pertenece:

Ocupación:

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 puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses 7-11 meses: 1-2 años: 3-5 años: 6-10 años: 11-15 años: Mas de 15 años:

Situación en el empleo:

Horario de trabajo (Entrada Salida): Que salario recibía al momento de sufrir el accidente:

3 - Información sobre el accidente:

Fecha del accidente (dd/mm/aa): Hora: Tipo de accidente: Con lesión Sin lesión

Causo la muerte al trabajador Si: No: Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa: fuera de la empresa:

Fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): Hora:

Estaba realizando su labor habitual Si: No: Cual?:

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

4 - Descripción de circunstancias del accidente:

Que hacía el trabajador justo antes de que ocurriera el accidente?

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

Que paso y como 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 lesionó la mano: el bus en que viajaba choco contra un camión.

5 - Información sobre testigo de accidente:

Algunas personas presenciaron el accidente: Si: No:

Nombres: <input type="text"/>	Nombres: <input type="text"/>
Apellidos: <input type="text"/>	Apellidos: <input type="text"/>
Cargo: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
Cédula: <input type="text"/>	Cédula: <input type="text"/>
Teléfono: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>

6 - Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:

Fecha (dd/mm/aa): Hora:

Tratamiento ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido: Incapacitado para el trabajo: Si No:

7 - Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:

Cargo:

Fecha del reporte (dd/mm/aa):

FIRMA Y SELLO

INSTRUTIVO PARA LLENADO DEL FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (ATR-2) POR PARTE DEL EMPLEADOR

1.- Identificación General de la Empresa:

Nombre o razón social: especifique el nombre o la razón social de la empresa o empleador, tal como se encuentra inscrita en Industria y Comercio o ante habilitador para tal fin, **RNC:** número único que identifica a cada empresa

Nombre de la actividad económica: mencione la actividad económica a la que pertenece la empresa o empleador en base a la tabla de actividades económicas vigente y planteada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Laborales.

Categoría de riesgo de la empresa: colocar la categoría de riesgo de la empresa de acuerdo a la clasificación contenida en el Decreto 76-99

Código: este espacio solo debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, anotando el código de la actividad económica de la empresa o empleador, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económica vigente

Dirección: escriba la dirección de la sede donde esta ubicada la empresa donde se produjo el accidente.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la empresa o el centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales asignara a través del sistema el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales asignara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Zona: marque con una x, la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede de la empresa donde labora el trabajador o trabajadora.

Teléfono: escriba el número de teléfono de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Fax: escriba el número de fax de la empresa o centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora.

Correo electrónico (e-mail): anote el correo electrónico del empleador o de su representante

No. de Trabajadores. anote el número total de trabajadores inscritos en la planilla de la empresa al momento de producirse el accidente.

Total HHT por año (total de horas trabajadas): total de horas normales y extraordinarias efectivamente trabajadas por los obreros y empleados reenumerados, de planta y eventuales, durante el año de referencia.

2.- Identificación de la persona accidentada.

Apellidos y nombres completos: especifique los apellidos y nombres del trabajador o trabajadora accidentado/a en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

Cédula: escriba el número de la cédula de identidad y electoral del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

NSS (Número de Seguridad Social): escriba el número de identificación para el afiliado otorgado por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a través de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) Y compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha correspondiente en el orden: día, mes, año.

Edad: escriba la edad en años, cumplidos al momento de sufrir el accidente.

Sexo: marque con una x la casilla correspondiente, M, si el trabajador es masculino o F si es femenino.

Dirección: escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Provincia: escriba el nombre de la provincia donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a esa provincia según el reporte de ciudades geográficas.

Municipio: escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la Administradora de Riesgos Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según el reporte de ciudades geográficas.

Teléfono: escriba el número de telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono de un familiar o vecino: escriba el número telefónico de un familiar, amigo o vecino que pueda ayudar a localizar al trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo

Nacionalidad:

Escolaridad: registrar el nivel de escolaridad del trabajador o trabajadora accidentada. las categorías a considerar serían:

P - primaria, comprende desde 1ro. a 8vo. curso

S - secundaria, comprende desde 1ro. a 4to. de bachillerato

U - universitario, se refiere haber cursado estudios universitarios por más de dos semestres o cuatrimestres.

N - ninguna, se refiere a personas analfabetas, no leen ni escriben.

Estado Civil: señalar si es casado o soltero. Legalmente las personas divorciadas o viudas son solteras.

Ocupación: escribir el oficio o profesión definido en términos de la combinación de tareas y funciones desempeñadas por el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo

Código de Ocupación: deberá ser llenado por la Administradora de Riesgos Laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, hasta tanto se realice una educación de la misma para el país.

ARS a la que esta afiliado: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicios de salud a la que se encuentra afiliado/a el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente

Código ARS: la administradora de Riesgos Laborales (ARLSS) anotara en el espacio sombreado, el código establecido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para la Administradora de Riesgos de Salud a la que se encuentra afiliado el trabajador o trabajadora al momento del accidente

Fecha: de Ingreso a la Empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Fecha de Ingreso al puesto de trabajo: anotar el día, mes y año en que el trabajador o trabajadora inicio sus labores en el puesto en que sufrió el accidente reportado

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

Tiempo en el puesto de trabajo: marcar el periodo de tiempo que corresponda al tiempo que el trabajador o trabajadora lleva desempeñando el puesto donde sufrió el accidente.

Situación en el empleo: colocar la categoría a la que pertenece el trabajador o trabajadora accidentada de acuerdo a la Clasificación Internacional de Situación de Empleo (Empleados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, miembro de cooperativas de productores, trabajadores familiares auxiliares, trabajadores que no pueden clasificar en estas categorías)

Horario de trabajo: coloque el horario habitual de trabajo en el orden como se especifica en el formato: horario de entrada y horario de salida.

Salario recibido: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia de accidente o de los horarios (mensuales) o semanal según el caso.

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos

Tipo de Accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se consideraran sin lesión aquellas en las cuales no es necesario ningún tipo de intervención médica.

Causa la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) Si o (2) No, según corresponda

Lugar de ocurrencia: Marque con una X, la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente según las categorías que se presentan en el formato.

Fecha en que dejo de trabajar: Escriba la fecha en que dejo de trabajar por causa del accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año)

Hora en que dejo de trabajar: Escriba la hora en que dejo de trabajar por causa del accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos.

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X (1) Si o (2) No, según corresponda si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en esta formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual

Jornada en se produce el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada que cubría el trabajador al momento del accidente o extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

4 - Descripción y Circunstancias del accidente:

En este espacio describa en forma breve el hecho que origino el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrado todo lo que considere importante.

5.- Información sobre Testigo:

Personas que presenciaron el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente si o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo escriba los apellidos y nombres de los de las personas que presenciaron el accidente, su número de cédula de identidad y electoral, el teléfono y el cargo que desempeña en la empresa si aplica.

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibí la primera atención: anotar el nombre de la entidad prestadora de servicio de salud en la que fue atendido el trabajador o trabajadora al momento en que sufrió el accidente.

Fecha y hora en que recibí la atención: Escriba la fecha en que recibí esa primera atención en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año). Coloque la hora en que fue atendido en esa prestadora como se especifica en el formato: horario entrada y horario de salida.

Tipo de Atención recibida: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de atención recibida según las categorías que se presentan en el formato. Se considera atención ambulatoria aquella en la que el afiliado/a accidentado/a permanece menos de 24 horas en la PSS y hospitalizado aquellos que sean ingresados por más de 24 horas

7.- Personas responsable del aviso:

Escriba el nombre y apellido de la persona que realiza el aviso y el Cargo que desempeña en la empresa.



DIRECCION GENERAL DE LOS COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

PLAN DE ASISTENCIA SOCIAL FOCALIZADA

"Año del Fomento de la Vivienda"

RNC 4-01-05251-2

14 de octubre 2016.-

C/ RRHH-050

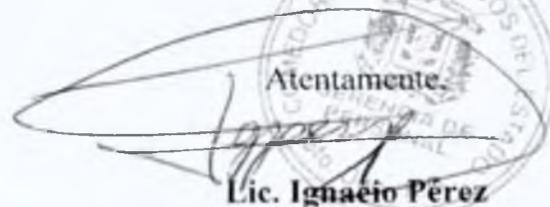
A las : Encargadas y Secretarias de los Comedores Sede Central, Villa Olímpica, Cristo Rey, los Alcarrizos, las Caobas y todo el Personal de nuevo ingreso.

Asunto : Charla informativa sobre la prevención de Accidentes Laborales.

Por medio de la presente, se les invita a participar de la charla sobre la prevención de accidentes laborales (Ley 87/01), impartida por la **Dra. Yomiris Campusano** de la Administradora de Riesgos Laborales el día **18 de octubre de los corrientes a las 2:00 de la tarde en el área del comedor de la venta al público.**

Esperamos contar con su acostumbrada colaboración, ya que en la misma se tratara todo lo referente a los procedimientos para tramitar un accidente ocurrido durante la jornada de trabajo.

Se despide,


Atentamente,
Lic. Ignacio Pérez

Encargado Recursos Humanos.



Administración General Wendy Paz 17/10/16
Sub-Administración Ruth Esther Cuevas
Financiero Fanny 17/10/16
Compra Angelita 17/10/2016
Producción No/cesante Reyes 17/10/16
Nomina Decresca 17/10/16
Seguro Medico Doris 17/10/16
Planificación y Desarrollo Cinthia Suarez 17/10/16
Tesorería Priscilla Mota 17/10/16
Caja Principal Froel Velazquez - 17-10-16
Presupuesto de normalización 17-10-16
Costo Eliana Cuevas 17/10/16 9:05 AM
Contabilidad Leydi Liz
Emergencia y Evento
Legal Judith Malasco 17/10/2016
Nutrición Maximiliano 17/10/16
Informática Alicia Dora 17/10/2016
Donación Capamaria 17/10/2016
Correspondencia Angelica Espino 17/10/2016
Libre Aseso Brastin Paulino 17/10/16
Protocolo Lilian Jimenez 17/10/2016
Prensa Karla Sánchez 17/10/2016
Suministro Nancy Baez 17/10/16
Despensa Mayra Maria 17/10/16
Transportación Juvelina Jiles 17/10/16
Mantenimiento Sara Alonso 17/10/2016
Almacén General Maithe Costello 17/10/2016

Inspectoria Fanny Pérez 17/10/16

Control y Calidad Lic. Laura Ramirez

Restaurant 1 ~~Wanda Cabrera~~ 17-10-2016

Restaurant 2 Wanda Cabrera 17/10/16

Cocina Adm1 Fernanda Isabel Fernier 17/10/2016

Cocina Adm2 Fernanda I Fernier 17/10/2016

Comedor Yvonne Duran m. 17-10-2016

Sazón Belkis Veldre 17/10/16

Carnicería Keth

Limpieza Administrativa Luz Maria Landa 1710-2016

Cocina Móvil José Luis (Cochin) 17/10/16 / Jose Puy

Seguridad _____

Bufet y Eventos Margarita Montes (Cher) 17-10-16

Auditoria _____

PARTICIPANTES A TALLER

TEMA: SEGURO DE RIESGOS LABORALES

LUGAR: COMEDORES ECONOMICOS Hora: 2:00PM FECHA: 18/ 10 /16 RESPONSABLES: DR. JUAN ENRIQUE SHEEN

NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO DE TRABAJO	No.	NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO DE TRABAJO
Enrique E. Salazar	aux. DEP. BOMBUEROS TE EV	13	Rosalía Martínez	Secretaria
Leonidas Rodríguez	TECNICO DEPT. TECNOLOGIA	14	Rosio Espinal	Super visor
Abelisa Gutierrez	Dep. Buzones y correo	15	Ynes Vizcaino	encaden de com
Margarita Yator Obis	Auditor Buzones y Te	16	Cristie Alfonso Ja	Operaria
Mercedes alt. Rodriguez	Buzones y correo	17	Judith Parola	adm. #2 control calidad
Jose Yzquierdo B.	Auditor Tec. OAT	18	Fanny Ariza	
Emelinda Núñez	Secretaria Dept. C.	19	Rosalía Beltrán	
MANUEL MONTAÑO		20	Mercedes Ayala Perez	
Rosanna Grajales	Seguridad Industrial	22	on orga de seguridad convergen	
Fernanda Trujillo	Comin Adm. G. A. H. 2	23	patrocinadora	albanil
Rosin Silvestre	Encaden de Adm. #2	24	Olivia Lopez	
Rosaida Mendez	Despachista	25	Aronilo Vardo	encaden de saso



14	Zoea Veloz	conserje	42	Elena Roa	Tiera
15	Bertha Amador	conserje	43	José F. Pimenton	Ayudante cocina
16	Barbara Moya	Asistente de cocina	44	J. O. M. M. M.	Secretaria
17	Diego Elvira	Sup. Cocina	45	Ana B. B.	Secretaria
18	Reynalda R. M.	Sup. Cocina	46	Guadalupe Chabala	Secretaria
19	Amig Rodriguez	Ayudante cocina	47	Bernabé S. S.	Secretaria
20	Amelia B. B.	Sup. Cocina	48	Rosa Sosa	Secretaria
21	Amig B. B.	Sup. Cocina	49	Maria B. B.	Secretaria
22	Amig B. B.	Sup. Cocina	50	Maria B. B.	Secretaria
23	Maria B. B.	Secretaria	51	Maria B. B.	Secretaria
24	Maria B. B.	Secretaria	52	Maria B. B.	Secretaria
25	Maria B. B.	Secretaria	53	Maria B. B.	Secretaria
26	Maria B. B.	Secretaria	54	Maria B. B.	Secretaria
27	Maria B. B.	Secretaria	55	Maria B. B.	Secretaria
28	Maria B. B.	Secretaria	56	Maria B. B.	Secretaria
29	Maria B. B.	Secretaria	57	Maria B. B.	Secretaria
30	Maria B. B.	Secretaria	58	Maria B. B.	Secretaria



59	Wálina Vargas	Despensa (Cucagala)	76		
60	Adelgiso Ceballos	Servicio	77		
61			78		
62			79		
63			80		
64			81		
65			82		
			83		
67			84		
68			85		
69			86		
70			87		
71			88		
72			89		
			90		
74			91		
75			92		





Presidencia de la República Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano

"Año del Desarrollo Agroforestal"

14 de agosto 2017

RRHH-CE-061-17

Dra. Amelia Figuerou

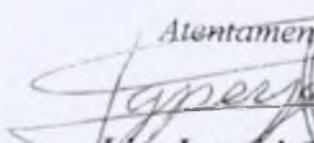
Directora Provincial de Salud Pública Barahona
Barahona.-

Distinguido Doctor:

Luego de un cordial saludo, y augurarle éxitos en sus funciones aprovechamos la ocasión para solicitarle que interponga de sus buenos oficios, a fin de que el Ministerio de Salud Pública, nos facilite **veintiocho (28) dosis de HEPATITIS B y DT**, para ser suministrada a los empleados del Comedor de Barahona.

Dicha solicitud se hace, en virtud de que es interés nuestro inmunizar todo nuestro personal a nivel nacional.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración, se despide,

Atentamente

Lic. Ignacio Pérez
Enc. Recursos Humanos



Marts 12/9/17

Ignacio Mendero M
Coord PAI
DPS BARAHONA

Personal Vacations

- 1) Northby Reyes - 079-0014208-9
- 2) Jeonyn Montilla - 018-0040608-2
- 3) Yumelky Feliz Rubio - 018-0073365-9
- 4) Santa Felicia Ferrer - 018-0045218-3
- 5) Idaira Isabel Cuvas - 007-7409624-1
- 6) Jose Juan Ramirez - 018-0071865-8
- 7) Bienvenida Perez - 018-0020314-1
- 8) Estela Ayala - 018-0030316-4
- 9) Cristobalina Cuvas - 018-0048058-2
- 10) Altagracia Feliz Converse - 018-0010439-8
- 11) Veridiana Torres - 018-0008100-0
- 12) Orlando Feliz - 018-0019667-5
- 13) Alejandro Santana - 018-0040635-6
- 14) Geany Antonio Cuvas - 018-0064557-2
- 15) Yliam del Rosario Nolas - 018-0011942-0

- 16) Bienvenida Melo Mueses - 018-0009831-9
- 17) Manuela Mesa - 018-0019545-3
- 18) Santa Maria Mates - 021-0002582-0
- 19) Zayla Evangelina S. - 018-0053766-2
- 20) Santa Mesa Gaquez - 018-0017866-5
- 21) Maria del Rosario Hocha - 018-0041818-6
- 22) Nislauni Ramirez - 018-0065467-3
- 23) Yascalina Ruiz Feliz - 002-0134822-4
- 24) Brandilio Cuello M. - 018-0035507-3
- 25) Felix Caraballo Montero - 018-0034820-1



LISTADO DE VACUNACIÓN

NO.	NOMBRE	CARGO
1	Marlin de la Rosa	Encargada
2	Mirian Carpio	Secretaria
3	Yomaris Sánchez	Tikera
4	Erasmus de Jesús Ortiz	Encargado de Almacén
5	Basilía Ponceano	Cocinera
6	Dilia Martes	Cocinera
7	Carmen Mosquea	Cocinera
8	Mónica Santana	Cocinera
9	Yudelka Bautista	Cocinera
10	Berlina Suarez	Servicio
11	Deysi Mejía	Servicio
12	Luz Del Alba Zapata	Servicio
13	Freddy Ramírez	Ayudante Comedor
14	Eusebio Lugo	Chofer

Plasegal Vacunado contra
Vacuna Hepatitis B:

ocea
14/8/2017

- Carmen Josefina Texeda
- Esther B Casado
- Darwin José Estrella
- Mielis María Casado
- José Artagona Aris Pacheco
- Daniella Minyeltz Custodio
- Alysona Betto Sanchez
- Thelisel Miguelisa Aris
- Mildel M. Torres
- Carmen D. Soto
- Francisca E. Castillo
- José Stalin Mateo
- José María Sanchez
- Deponira Díaz Sentene

vacunado por Provincial de Salud.

Atentamente

Personal del Comedor
vauna, Contra (titano) (patiti)

Sau José
de Oca
11/8/2017

Carmen Josefina Tiede
Deyonira Diaz Sotero
Darlin José Estrella
Mildred M. Tines
Thebiss Miguelina Aris
Deyonira Belthe Sanchez
José Stalin Mates
Dorice Minyeth
Ester Beynir Casado
Luis María Sanchez
Carmen Faide de la Santa
Francisca E. Castillo

- Sanchez de la Cruz
- José Stagnara Pacheco
- Miriel María Casado





Comedor Eco. Pinar

Informe de D. T.

Maria Margarita Hernandez Rodriguez
Marta de la Carmona Batista
Marta Elena Alejo
Miguel Alejandro Baez
Marta Mercedes Suarez
Jose Miguel Pena
Marta Victoria Toledo
Celia Dolores Botana
Cristina Ant. Nunez
Alvaro Ant. Pena
Altagracia Lopez
Marta Victoria Pelta
Albino Esteban Perez
Marta Elena Arce
Rafael Ant. de la Cruz
Ramon Leal
Ramon Emilio Rivera

Comedor los Platanito

Personal que Fueron Inyectaron
Contra DT.

- ① Johnny Aranda
- ② Glenda Torres
- ③ Mixsoly Martinez
- ④ Manuel de Leon
- ⑤ Evelyn Ceballos
- ⑥ Ramona Almonte
- ⑦ Dulce Jofranco
- ⑧ Juan Infante
- ⑨ Termina Sarante
- ⑩ Marisol Fernandez
- ⑪ Martinez (Militar)
- ⑫ Victor Manuel Andrusar
- ⑬ Jusmilka Rina
- ⑭ Luisa M. Guzman

- ⑮ Isidro Martínez
- ⑯ José M. Juezón
- ⑰ Leonardo Castellano
- ⑱ Pedro Gustavo Perdomo
- ⑲ Jesús Emilio Peralta
- ⑳ Rafael Luciano
- ㉑ Lisbeth Rodríguez

29 Agosto del 2017.
San Pedro de Macorís.
Rep. Dom.

Al: Departamento de Recursos Humanos.
Área de Seguros Médicos.

De: Comedor Económico; Regional San Pedro
de Macorís.

Asunto: Jornada de Vacunación.

Sus Manos:

Mediante la presente instancia se le envía un cordial y afectuoso saludo, y a la vez se le hace constar mediante un listado anexo de los empleados que fueron vacunados contra el tétano, en lo que fue la primera jornada de vacunación del Ministerio de Salud Pública, como también un segundo listado de aquellas personas (empleados) que no estuvieron presentes en el día (21-8-2017), día en que se efectuó dicho proceso de vacunación.



Sin más.

Listado de empleados Vacunados.

- 1- María Luisa Feliz → Servicio
- 2- María Muñoz → Servicio
- 3- Glennys De Jesús → Servicio
- 4- Criseida Polanco → Servicio
- 5- Dulce Carolina Feliz → Caja
- 6- Julio Cesar Torres → Seguridad Civil
- 7- Silencio Beorwa → Portero
- 8- Milagros Mateo → Cocinera
- 9- Reyes Castro → Supervisor
- 10- Starlin Merán → Chofer
- 11- Leopoldina Rosario → Servicio
- 12- José Juan Martínez → Jardinero
- 13- Cesar Antonio Pérez → Jardinero.
- 14- Humberto hijo → Jardinero
- 15- Julio Cesar Concepción → Jardinero
- 16- Francisca Cardero → Servicio
- 17- Juana Ortiz → Cocinera.

- 18- Santa Nuñez → Supervisora
- 19- Clara Santana → Servicio
- 20- Natividad De La Cruz → Cocinera
- 21- Kivis Reyes → Tichera.
- 22- Juana Hernández → Supervisora
- 23- María Altagracia José → Servicio
- 24- Juana Jimenez → Cocinera
- 25- Mideleidy Solano → Secretaria.
- 26- Pablo Valdéz → Ayudante de Cocina.

Listado de Empleados No Vacuados

- 1- Luis Caraballo → Encargado
- 2- Mari Luz Pérez → Sub-encargada
- 3- Angela Cabrera → Supervisora
- 4- Carlos De La Rosa → Supervisor
- 5- Ana Dilia Vasquez → Cajera
- 6- Francisca Mejia → Encargada de Limpieza
- 7- Eneoliza Pequeño → Servicio
- 8- Yoandra Mejia → Servicio
- 9- Luisa De La Rosa → Servicio
- 10- María Felicia Pequeño → Servicio
- 11- Mercedes Sinfa → Servicio

Dato Produccion	Wanda Lejos	4/9/17
Santa Garcia Castillo		
Albino R D SG.		4/9/17
Moranna H		4/9/17
Ornelas Montano		4/9/17
Eve de Jau		4/9/17
Erastus Cabra		4/9/17
Angelita		4/9/17
Cynthia Suarez		4/9/17
Julio Herrera		4/9/17
Angela Perez Coza General.		4/09/17
Luzmila Jimenez Cabal		4/09/17
Patricia, Bouquet y eva to		4/9/17
Scarlett Abreu Perez		4/9/2017-
María Jimenez		4/9/2017
Valeria Venturo		4/9/2017
Monica Santa (Administracion)		4/9/2017
Monica Santa (Protocolos)		4/9/2017
Orlinda Bae (Tipografica)		4/9/2017
Modelayo Marcelino (sub-odm)		4/9/2017
Maretha Castillo (clerica Jureta)		4/9/17
Ramona Reyes (Libro acceso)		4/9/17

Correspondencia Anglica Espo

Prensa - Franiga Valdez E

~~Sumario~~

Maparis para 4/9/17 Despensa

Quintero Gaitan 4/9/17 transport via

Yahaira Buto 4/9/17 Almacen general

MARTIN R. ANDUJAR 4/9/17 seguridad civil

Miguelina Montoro 4/9/2017 Restaurant

Copa y fin shalun 4/9/17

Rafael Lopez 4/9/17

maria jimenez 4/9/17 Comision

Maria Bol 4/9/2017 Sesion

4/9/2014 sesion

Fernanda I Ferrin 4/9/2017 a Alma # 2 y # 3

(15) I Sidro Martinez

(16) Jose M. Juezon

(17) Lisandro Castellano

(18) Pedro Gustavo Perdomo

(19) Jesus Eudico Peralta

(20) Rafael Jimeno

(21) Lisbeth Rodriguez

29 Agosto del 2017.
San Pedro de Macorís.
Rep. Dom.

Al: Departamento de Recursos Humanos.
Área de Seguros Médicos.

De: Comedor Económico, Regional San Pedro
de Macorís.

Asunto: Jornada de Vacunación.

Sus Manos:

Mediante la presente instancia se le envía un cordial y afectuoso saludo, y a la vez se le hace constar mediante un listado anexo de los empleados que fueron vacunados contra el tétano, en lo que fue la primera jornada de vacunación del Ministerio de Salud Pública, como también un segundo listado de aquellas personas (empleados) que no estuvieron presentes en el día (21-8-2017), día en que se efectuó dicho proceso de vacunación.



Sin más.

- 18- Santa Nuñez → Supervisora
- 19- Clari Santana → Servicio
- 20- Natividad De La Cruz → Cocinera
- 21- Kivis Reyes → Tichera.
- 22- Juana Hernández → Supervisora
- 23- María Altagracia José → Servicio
- 24- Juana Timenéz → Cocinera
- 25- Mideleidy Solano → Secretaria.
- 26- Pablo Valdéz → Ayudante de Cocina.

Listado de Empleados Vacunados.

- 1- María Luisa Feliz → Servicio
- 2- María Muñoz → Servicio
- 3- Glennys De Jesús → Servicio
- 4- Criseida Polanco → Servicio
- 5- Dulce Carolina Feliz → Caja
- 6- Julio Cesar Torres → Seguridad Civil
- 7- Silencio Beiroa → Portero
- 8- Milagros Mateo → Cocinera
- 9- Reyes Castro → Supervisor
- 10- Starlin Merán → Chofer
- 11- Leopoldina Rosario → Servicio
- 12- José Juan Martínez → Jardinero
- 13- Cesar Antonio Pérez → Jardinero.
- 14- Humberto hijo → Jardinero
- 15- Julio Cesar Concepción → Jardinero
- 16- Francisca Cardero → Servicio
- 17- Juana Ortiz → Cocinera.

Corredor los Platanito

Personal que fueron Inyectaron
Contra DT.

- ① Johnny Aranda
- ② Glenda Torres
- ③ Mixsoly Martinez
- ④ Manuel de León
- ⑤ Evelyn Ceballos
- ⑥ Ramona Aluente
- ⑦ Dulce Jafanco
- ⑧ Juan Infante
- ⑨ Termina Sarante
- ⑩ Marisol Fernandez
- ⑪ Martinez (Militar)
- ⑫ Victor Manuel Anduzar
- ⑬ Jusmilka Rina
- ⑭ Luisa M. Guzman





Provincia / Area: Area II
INSTITUCION Carida Económico

Municipio Santa Domingo Este
LUGAR: Santa Cruz

FECHA: 13/12/17
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

Nº	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para farmacovigilancia					
					dT					Hepatitis B			Sarami/ Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	REGISTRADO CELULAR	ADMONICION	ROTORICA / Mes	EVENTO
1	Dulce y Hernandez	2230154825	23	F	/	/	/				/	/						529-018	SI	NO	
2	Maria y Hernandez	0010386186	053	M	/	/	/				/	/						435-055	SI	NO	
3	REV Diana Telada	0011785864	38	F	/	/	/				/	/						908-020	SI	NO	
4	Yanis Estrella	0011567272	38	M	/	/	/				/	/						817-080	SI	NO	
5	M Honora Delacruz	223-001906	31	M	/	/	/				/	/						901-2930	SI	NO	
6	Wanda Cabrera	001-1541680	41	M	/	/	/				*	/						645-084	SI	NO	
7	Alejandro Fajardo	00105132914	67	F	/	/	/				/	/						510-101	SI	NO	
8	Miguel Mateo	0280024602	32	M	/	/	/				/	/						801-024	SI	NO	
9	Gladys Hernandez	001049821028	46	F	/	/	/				/	/						818-014	SI	NO	
10	MARKIE JORDAN	00103080529	61	F	/	/	/				*	/						807-023	SI	NO	
11	Maria Rosa Arcaji	001-0917056	41	F	/	/	/				/	/						431-024	SI	NO	
12	Luis BIDO	702-1263531-8	14	M	/	/	/				*	/						703-061	SI	NO	
13	Ana Jicarro	001148905-2	54	F	/	/	/				*	/						575-014	SI	NO	
14	EDUARDO JARRE	0010462451-8	61	M	/	/	/				/	/						643-210	SI	NO	
15	ADRA ZUMAREZ	001131471-8	37	F	/	/	/				/	/						652-309	SI	NO	
16	Diana Michel	0011315085	295	F	/	/	/				/	/						460-292	SI	NO	
17	ROBERTO PIZANO	0011221773	43	F	/	/	/				/	/						629-602	SI	NO	
18	ANGEL ORTEGA	00105706402	38	M	/	/	/				/	/						460-526	SI	NO	
19	LILIEDY ROSAS	225-00661230	31	F	/	/	/				/	/						670-6210	SI	NO	
20	CESAR HUARDO	00111674930	67	M	/	/	/				/	/						476-622	SI	NO	

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



Provincia / Area: CARRERA II
INSTITUCIÓN: Comité Económico

Municipio: Santo Domingo Este
LUGAR: 1020/AG.11 E

FECHA: 1/3/2017
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M/F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia			
					dT					Hepatitis B			Saram/ Rubiola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO	
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	EVENTO
1	Orlando Manuel	01000801734	37	M		✓						✓						15/1/17	SI NO
2	José Páez	22500238003	29	M		✓						✓						06/1/17	SI NO
3	Rosario Javier	00116679390	54	M			✓	✓				✓						4/20/17	SI NO
4	Ranciel Indez	001041292643	45	F	✓	✓	✓					✓	✓					7/16/17	SI NO
5	Máxima Vargas	00105102206	63	F		✓						✓	✓					7/16/17	SI NO
6	Rodrigo	00112124548	50	M	✓													7/16/17	SI NO
7	César Guzmán	00118129559	53	M	✓	✓						✓	✓					7/13/17	SI NO
8	Eliana Pizarro	22500317260	30	F	✓	✓						✓	✓					2/17/17	SI NO
9	Jose Peña	22300237801	59	M		✓						✓	✓					8/21/17	SI NO
10	Yessica Perdomo	22600000841	31	F	✓		✓	✓				✓	✓					5/5/17	SI NO
11	Sara Alonso	00112605220	41	F	✓	✓	✓					✓	✓					7/17/17	SI NO
12	Isabel Ruedas	00100336800-9	41	F	✓	✓						✓	✓					2/17/17	SI NO
13	Rosario Vera	00105017334	54	M	✓	✓						✓	✓					2/17/17	SI NO
14	Antonio Severino	00109815308	56	M		✓						✓	✓					2/17/17	SI NO
15	Amparo Ortiz	00109691502	40	F	✓	✓						✓	✓					7/20/17	SI NO
16	Carla Rose	00112587845	37	M		✓	✓					✓	✓					8/24/17	SI NO
17	Daniela Matilde	00110271640	56	M		✓	✓					✓	✓					6/25/17	SI NO
18	Yolanda Cely	00116148803-6	34	F		✓						✓	✓					4/30/17	SI NO
19	Mercedes Pérez	00109418681	55	F	✓	✓	✓					✓	✓					4/18/17	SI NO
20	April Rivera	00108906507	45	F		✓						✓	✓					2/5/17	SI NO

Vacuador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Área: Arica II
 INSTITUCIÓN: Comunidad Agrícola

Municipio: San Domingo Este
 LUGAR: San Vicente de Paul

FECHA: 13/12/14
 ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

N.O.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M/F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia								
					dT					Hepatitis B			Saram/Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO						
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	NOTIFICACION	EVENTO			
1	Cristina Muñoz	001-0152298-12	27/oct	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
2	Rosalva Plata	001-0448126-4	03/ago	F	✓	✓					✓	✓							✓	809-964-38	SI	NO		
3	Andrés de los Andes	001-0413939-2	30/oct	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
4	Margarita Hernández	223-0011891-8	24/ago	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓			SI	NO	
5	Lola Acuña	501-0864000-3	07/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓			SI	NO	
6	Abelardo Beltrán	001-06725223	8/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	no tiene		SI	NO	
7	Adriana Martínez	001-0813013-4	8/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
8	Miguel M. González	001-131008-6	22/feb	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
9	Andrés Rojas	001-0859448-5	11/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
10	Cecilia Chebal	001-0761136-9	12/mar	F	✓	✓					✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
11	Richard Gutiérrez	001-1712212-6	4/abr	M	✓	✓					✓								✓	809-964-38	SI	NO		
12	Jose Manuel Arce	001-1109991-3	20/feb	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
13	Pedro A. de los Andes	001-173938-4	26/abr	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
14	Priscilla Hernández	001-00186000	2/abr	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓							✓	809-964-38	SI	NO		
15	Ana Medina	001-0764142-0	21/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
16	Yvelkis Piza	001-0009642-1	28/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
17	Margela María	001-0046153-8	2/ago	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
18	Valeria Ceballos	001-161285-4	24/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
19	Esmeralda Gómez	001-1692222-7	2/ago	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		
20	Anny Rodríguez	126-000885-1	11/abr	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓						✓	809-964-38	SI	NO		

Vacuador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Area: De Arica II
INSTITUCION: Comité Económico

Municipio: Santa Dominga Bte
LUGAR: Santibáñez de Valle

FECHA: 1/3/214
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia						
					dT					Hepatitis B			Saram/Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR / EVENTO COORCO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELÉFONO: RESIDEN- CULPAJ	RESIDEN- CULPAJ	IDENTIFICA- CULPAJ	EVENTO
1	Yregoria Alenzua	008-002234-2	20 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
2	Dama Cristina	001-1412830	37 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
3	Doroteo Ramos	283-00272872	40 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
4	Milagros de la Cruz	001-055071-0	60 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
5	Yolanda Clemente	100100010973	48 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
6	Flora Mercedes	076-0003786-1	46 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
7	Morise Arica Cando	001-0476612-0	46 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
8	Nelson D. Arribas	001048929-0	48 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
9	María del Socorro	001-0352103-4	56 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
10	Rafael Valentín	001-1090702-9	44 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
11	Yvonne	001-15006235-3	31 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
12	Yhonny Rodríguez	093-0012601-9	47 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
13	Yolanda Del Pizarro	223-0011329-1	51 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
14	Yolanda López	001-1166026-8	42 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
15	Milagros Domínguez	00111172064	42 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
16	Milagros Domínguez	0010378881-6	43 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
17	Fernando de Soria	0011031041-0	58 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
18	Desiderio Contreras	0010827244-5	54 años	M	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
19	Maria Dolores	0010478556	40 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	
20	Yuderkas Mejía	0011566354	42 años	F	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	824-986-00	SI	NO	

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____

Provincia / Area: Artigas
INSTITUCION: Plan de Control de Económico

Municipio: Santa Domingo Este
LUGAR: Av. Italia - Barrio de la Salud

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)												Datos para Farmacovigilancia				
					dT 1/17					Hepatitis B			Saram / Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR / EVENTO CODIGO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	EFECTOS ADVERSOS CLAS.	NOTIFICACION / No.	EVENTO		
1	Cesar Nicodas	22310188	26	M		✓						✓							643-3071	SI_NO	
2	Jorge Luis	001053547-5	45	M		✓						✓							643-3071	SI_NO	
3	Jose Pedro	0011527164	49	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
4	Franco y n Franco	001-110689-3	40	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
5	Bernar de Suarez	0010468294-8	51	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
6	Amilayo Ramon	001087354-2	67	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
7	Jose Olivero	001025275-6	50	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
8	Rodolfo Medina	0011741649-2	39	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
9	Rina Margarita C.	001-1609241-2	35	F	✓							✓							643-3071	SI_NO	
10	Resuio Eliz	0480084433-5	46	M	✓	✓					✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
11	Dionicio Alejandro	0010370185-3	53	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
12	Ramiro Nunez	0010431005-2	60	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
13	Sixto Jose	0010499677-9	59	M	✓	✓					✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
14	Atreido Dice	00107358982-2	49	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
15	Domingo Quintero	001056704-5	40	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	
16	Robinson Mendez	0011685523-0	42	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓						643-3071	SI_NO	
17	Percio Polmarido	0010039306-3	47	M	✓		✓					✓							643-3071	SI_NO	
18	Alfonso Ramirez Nor	001049453-0	33	F	✓							✓							643-3071	SI_NO	
19	Alejandro Alvarez	00103733341	52	M	✓		✓					✓							643-3071	SI_NO	
20	Alfonso Ramirez	001073741-9	44	M	✓							✓							643-3071	SI_NO	

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB SECRETARIA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

PROYECTO DE VACUNACION EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Area: Asu II
INSTITUCION: Comunidad Promocional

Municipio: Santa Dominga Pile
LUGAR: San Vicente de Paul

FECHA: 1/3/2017
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)												Datos para Farmacovigilancia				
					dT					Hepatitis B			Saram / Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra.	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONO CELULAR	RESIDENCIA	NOTIFICA / No.	EVENTO
1	INES BANGOLA	223-0085-0661	2/10/12	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
2	MARCELA PAULINO	001-0775-119-5	2/1/12	M	✓						✓							✓	824	SI_NO	
3	ROSA ROSA BARRERA	001-005-850-1	6/5/00	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
4	ANA ALCANTARA	011-000-530-0	3/10/10	F		✓						✓						✓	824	SI_NO	
5	JULIA DELIC	001-018-0019-1	5/10/10	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
6	YOLANDA DE LOS SANTOS	011-042-5-19-1	11/10/12	F		✓						✓						✓	824	SI_NO	
7	YOLANDA DIAZ	225-0496-3-8	1/5/11	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
8	IRIBEL WILDEZ	442-005-382	3/10/10	F	✓	✓					✓	✓						✓	824	SI_NO	
9	ANITA MORALES	011-000-530-0	1/7/10	M		✓						✓						✓	824	SI_NO	
10	ANITA MORALES	011-000-530-0	15/1/11	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
11	YOLANDA MORALES	011-124-130-3	13/10/12	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	
12	MARCELA MONTAS	011-0496-2646	9/10/10	F	✓	✓					✓	✓						✓	824	SI_NO	
13	ARILYN GONZALEZ	011-050-512-5	22/10/10	F	✓	✓					✓	✓						✓	824	SI_NO	
14	YOLANDA DIAZ	011-0017-9472	12/1/11	F	✓	✓	✓					✓						✓	824	SI_NO	
15	FRANCO GUZMAN	001-0395-2011-6	13/10/12	M	✓	✓					✓	✓						✓	824	SI_NO	
16	ALFONSO DIAZ	001-0026-5646	8/10/10	F	✓	✓					✓	✓						✓	824	SI_NO	
17	FELIPE CASTILLO	001-000-110-6	5/10/10	M		✓						✓						✓	824	SI_NO	
18	RUBEN AOSTA	011-1162-206-4	8/10/11	M		✓						✓						✓	824	SI_NO	
19	ELIANA PALANCO	011-000-530-0	2/10/10	M		✓						✓						✓	824	SI_NO	
20	YOLANDA DIAZ	001-0017-9472	12/1/11	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	824	SI_NO	

Vacinator(a): _____

Supervisor: _____



Provincia / Area: IT
INSTITUCION Comunidad Paramoccos

Municipio San Domingo Este
LUGAR: San Vicente de Paul

FECHA: 1/3/2017
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M/F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia					
					dT 6/1/17					Hepatitis B 1/3/17			Saram/Rubéola	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1a	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	TELEFONOS	RESIDENCIA	NOTIFICA	EVENTO
1	Andrés Pérez	001-11111111	3/10/20	M		✓						✓						✓	809 317 3598	SI NO	
2	Natalia Valdeca	001-152018-F	2/10/11	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
3	Rica Serrano	001-152018-F	10/10/11	F		✓						✓						✓	813-145	SI NO	
4	Trinidad Pérez	001-11111111	2/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
5	Henry Álvarez	001-14401230	20/10/11	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					NO	813-145	SI NO	
6	Monica Nolasco	001-0475021	14/10/11	F		✓						✓						✓	809 317 3598	SI NO	
7	Ramon Machado	001-09725224	6/10/11	M		✓						✓						✓	813-145	SI NO	
8	Kenny Hernández	001-11111111	20/10/11	F		✓						✓						✓	813-145	SI NO	
9	James Martí	001-0472867	16/10/11	M		✓						✓						✓	813-145	SI NO	
10	Haites Camacho	001-1234567	6/10/10	F	✓						✓							✓	813-145	SI NO	
11	Mansol Garcia	001-16055419	1/10/11	F	✓						✓							✓	813-145	SI NO	
12	Yanetla Martínez	001-1730472	10/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
13	Angélica Esch	001-0015379-2	13/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
14	Sibrida Custodio	001-0015379-2	4/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
15	Daniel Urbiz	001-00923110	9/10/11	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
16	Teresa Velay	001-00397418	10/10/10	F		✓	✓	✓				✓	✓					✓	813-145	SI NO	
17	Ornelina Sotomayor	001-0012165	10/10/11	F		✓	✓	✓				✓	✓					✓	813-145	SI NO	
18	Dulce María Sánchez	001-1372434	2/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
19	Carmina Feliz	001-0571687	25/10/11	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	
20	Roberto Vela	001-0193750	2/10/11	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	813-145	SI NO	

Vacuador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Área: Quindío
 INSTITUCIÓN: Comedor Económico (Comuna)

Municipio: Sto. Domingo
 LUGAR: Sto. Domingo

FECHA: 05/04/17
 ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)										Datos para Farmacovigilancia				
				dT					Hepatitis B			Saram/ Rubeola	NEUMOCOCCO 23	MENINGOCOCCO	Influenza	LOCALIZADOR / EVENTO CODIGO	NOTIFICA EVENTO / No.	
				1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA	UNICA	UNICA	RESIDENCIA / CELULAR		
Julian Ortiz Truc	001-0280446-9		F	✓							✓							SI_NO
Ramón Matamor	407-2140344-3		M	✓							✓							SI_NO
ICO Antonio Pizarro	001-0749160-4		M	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Tomas Toledo	001-0556901-6		M	✓							✓							SI_NO
Josefa Fco Reyes	723-0053448-3		F	✓	✓	✓					✓	✓	✓					SI_NO
Jose Orlando	124-0003991-3		M	✓							✓							SI_NO
Carla Isabel Ferrer	001-1114503-7		F	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Miricela Castillo	012-0083074-1		F	✓							✓							SI_NO
Claudia Almanzar	001-1040904-6		F	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Elisa B. Glass Cruz	001-0490123-6		F	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Alicia Coronado Sandoz	001-0433765-2		F	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Hector L. Paulino	001-1073445-7		M	✓							✓							SI_NO
Pedro Hernandez	225-0033942-8		M	✓							✓							SI_NO
Juanita Mata	027-0027045-8		F	✓							✓							SI_NO
Jannara Mata L.	031-0420351-2		F	✓	✓						✓	✓						SI_NO
Geovany Rodriguez	723-1033443-4		M	✓							✓							SI_NO
Kaylene Reyes	001-0522516-3		F	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓						SI_NO
Julian Manuel Lopez	001-0363947-2		M	✓							✓							SI_NO
Karina Marcela Reyes	001-1029890-8		F	✓							✓							SI_NO
Glaura Luz Polanco			F	✓							✓							SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Área: AREA II
INSTITUCION: Comandos Económicos

Municipio: Santa Rogosta
LUGAR: Comandos Económicos

FECHA: 1/3/17
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No.	NOMBRE APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M/F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia					
					1/3/17 dt					1/3/17 Hepatitis B			Saram/Rubéola	NEUMOCOCO 13	NEUMOCOCO 23	POLO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO			
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TELEFONO RESIDENCIA CELULAR	NOTIFICA / Nos.	EVENTO	
1	Rosanna A. Lopez	001-0547704-5	23/1/65	F		✓						✓						✓	829-26-2229	SI_NO	
2	ALEXIS Peña	01-0654475	21/1/60	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	829-59-2560	SI_NO	
3	MARIBEL MIMETZ	001-0504585-1	18/1/67	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	829-73-2360	SI_NO	
4	MARINO DE JESUS	01-0002711-9	2/2/50	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	809-54-7302	SI_NO	
5	Roman Mota V.	001-044614-3	17/1/65	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	849-865-3674	SI_NO	
6	Fernanda Jimenez	001-0128362-7	26/4/69	F	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	849-867-040	SI_NO	
7	MARIA ROSALEY ANCHAY	001-0261773-0	1/10/67	F		✓	✓	✓				✓	✓					✓	829-719-3041	SI_NO	
8	Yaimi Valera Guzman	01-1204048-0	22/11/85	F	✓						✓							✓	849-252-480	SI_NO	
9	Rafael de la Cruz	017-0097910	23/1/82	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	849-626-410	SI_NO	
10	Felipe ANA-Hernandez	001-0367448-1	2/2/52	M	✓						✓							✓	809-681-5975	SI_NO	
11	Yaimi Raymose	001-1156372-0	11/11/76	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	809-847-509	SI_NO	
12	Teresa de la Cruz	001-1752865-3	4/2/79	F		✓						✓						✓	849-602673	SI_NO	
13	Yajaira P. Brito	001-1523853-6	26/4/51	F	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓					✓	829-841-3209	SI_NO	
14	Juliana Rojas	001-299622	25/11/61	F		✓	✓					✓						✓	809-613-7752	SI_NO	
15	Manuel Parera	001-0477774-6	9/2/61	M		✓	✓					✓						✓	829-423-7216	SI_NO	
16	Leante Ruiz	0010859417	1/5/58	M		✓						✓						✓	809-353-429	SI_NO	
17	MARCELOS RODRIGUEZ	001-0795650-0	10/1/67	F	✓						✓							✓	829-760-61	SI_NO	
18	Francisco Escobar	184-001962244	5/5/71	M	✓	✓	✓					✓	✓	✓				✓	829-71030	SI_NO	
19	Belen Anchoy C.	273-00748211	11/10/87	M	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	829-360-666	SI_NO	
20	Cesar Ramirez	001-0239535-2	15/1/63	M		✓						✓						✓	829-647-0439	SI_NO	

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SUB-SECRETARÍA DE SALUD COLECTIVA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

PROYECTO DE VACUNACIÓN EN SEGUIMIENTO AL CONTROL DEL TETANOS, HEPATITIS B Y OTRAS ENFERMEDADES



Provincia / Área: II
INSTITUCIÓN: Centros de Vacunación

Municipio: Santa Domingo Este
LUGAR: Av. 200 Orientales de P.R.

FECHA: 1/3/17
ARS: _____

DATOS DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACION

No	NOMBRE_APELLIDOS	CEDULA / DOC DE IDENTIDAD. (Si es menor del titular)	Fecha / Nacimiento	SEXO M / F	TIPOS DE VACUNAS / DOSIS APLICADAS Y FECHA (DD/MM/AA)											Datos para Farmacovigilancia							
					dT					Hepatitis B			Saram/Rubella	NEUMOCOCCO 13	NEUMOCOCCO 23	POLIO	Influenza	LOCALIZADOR/ EVENTO CODIGO					
					1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	UNICA	UNICA		UNICA	UNICA	TETANOS CELULAR	RESIDENCIA	NOTIFICA / Nos.	EVENTO		
1	George Hernandez	001-191026-1	6-2-79	M	✓	✓					✓	✓											SI_NO
2	Yolanda Garcia	001-0157778-8	25-1-73	M	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓										SI_NO
3	Martina Ramirez	003-0079360-1	1-1-83	F	✓																		SI_NO
4	Quis Rodriguez	130-0000337-1	1-6-79	F	✓						✓												SI_NO
5	José Peltier	02-0047577-5	27-5-81	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓										SI_NO
6	Rosa Sanguino	010-078211-5	5-10	F	✓						✓												SI_NO
7	Werty Ferrnando	001-0107884-8	10-12-	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓										SI_NO
8	Ruth E. Cuevas	000-0012668-6	10-12-10	F	✓						✓												SI_NO
9	Judith Traslaco	001-0710336-2		F	✓	✓	✓				✓	✓	✓										SI_NO
10	Jacobo Venicio	001-1264108-9	28-11-83	M	✓						✓												SI_NO
11	Manuel Acias	014-005903-8	22-3-77	M	✓	✓	✓				✓	✓	✓										SI_NO
12	Aracelis Montero	001-0505004-4	6-6-72	F	✓						✓												SI_NO
13	Tricla Ortega	402-2042301-2	13-11-70	F	✓	✓	✓				✓	✓	✓										SI_NO
14	Santo Bernabe	001-0041972-4	4-4-57	M	✓	✓			✓		✓												SI_NO
15	Denia Ato	001-0187328-9		F	✓	✓	✓		✓		✓	✓											SI_NO
16	Glenn Cuevas	006-0009661-5	7-4-88	F	✓	✓	✓		✓		✓	✓											SI_NO
17	Josue Cuevas	001-1706770-4	20-8-88	M	✓						✓												SI_NO
18	Rosalia Cuevas	003-0009517-5	15-10-82	F	✓		✓				✓												SI_NO
19	Yvarel Zuberigula	001-0540883-5	9-7-67	F	✓	✓			✓		✓												SI_NO
20	Emelinda Tuma	003-0063060-9	20-6-87	F	✓						✓												SI_NO

Vacunador(a): _____

Supervisor: _____

Promoción & Prevención

Primera ARS
de Humano

Jornada



Salud Cardiovascular

Jueves 31 de Agosto 2017

8:00 am a 5:00 p.m.

**COMEDORES ECONOMICOS
DEL ESTADO**

Actividades:

- Encuesta de riesgo.

Pruebas

- Tensión arterial.
- Cálculo del Índice de Masa Corporal.
- Glicemia capilar (requiere ayunas hasta las 10:00 am)

Material Educativo

Una actividad especialmente preparada para



Imprescindible presentar el carnet de afiliado

Para más información sobre los programas de Promoción y Prevención llama a nuestro Centro de Atención al Cliente al 809 476 3535 y 1 (809) 200 4903 desde el interior sin cargos o visita nuestra página web www.primeraars.com

11 /
 07 /
 2015
 Día Mes Año

REPORTE DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

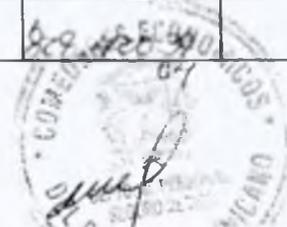
Subgrupo

Prestador

Descripción de la Actividad

Lugar

	Nombre	No. Carnet	Cédula	Edad	Sexo	Celular	Correo Electrónico	Firma
1	RAMONA FIGUEROA BATISTA	03871802	001-0416024-2	51	F	902-39-2112		Ramona Figueroa
2	MOXIMO PAREDA BRATUBARI	01148541	001-0253395-7	50	F	809-9695211		Moximo Pareda B.
3	Sofanny Christian Alvarado	053542491	101-0001097-3	49	F	809-250-2205		Sofanny Alvarado
4	CANDIDA J. CASTILLO X.C.	06268250	001-046245-3	54	F	849-253-4449		Candida Castillo
5	TAMASINA MENDEZ MELIN	005246421	001-1685523-0	42	F	809-946-7086	Senasa	Tamasina Mendez
6	RAISA VALENTINO	001-1090702-9	001-1690702-9	44	F	829-924-7158	Senasa	Raisa Suarez
7	ADRIANA CABALLA		001-1697864-4	38	F	849-915-9633	Senasa	Adriana
8	YORLENI A. JAVIER MARTINI	001012257	001-164107255	30	F	849-462-1402	Senasa	Yorleni Javier
9	LEYDIANA TEJADA		001-1295864-2	39	F	829-408-0740	Palic	Leydi Tejada
10	Andrea Suarez Gil	3606	001-1341471-8	39	F	849-623-2004	Palic	Andrea Suarez Gil
11	Wanda L. Cabrer C.	1157352400	001-1241680-2	42	F	849-6504830	Humano	Wanda Cabrer
12	CLAUDIA CLAUDIO MORALES	014643332	001-1640904-2	37	F	879-277-9670	Senasa	Claudia Morales
13	TERESA DE LOS CARLOS	17641619	001-0919607-1	56	F	829-851-3881	Palic	Teresa de los Carlos
14	FIORALIZA A. MADARA HERRERA	3977498	038004794-5	42	F	829-5009239	Humano	Fioraliza Madara
15	Alba Estela Juencio Ramirez		001-0249588-8	43	F	829-428-940	Humano	Alba Estela



Firma del Proveedor



Presidencia de la Republica Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano

"Año del Desarrollo Agroforestal"

10 de agosto 2017

RRHH-CE-056-17

Dra. Reina Reyes

Director Provincial de Salud Pública de la Romana
Romana.-

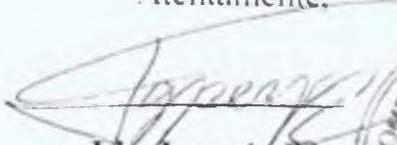
Distinguido Doctor:

Luego de un cordial saludo, y augurarle éxitos en sus funciones aprovechamos la ocasión para solicitarle que interponga de sus buenos oficios, a fin de que el Ministerio de Salud Pública, nos facilite **diecinueve (19) dosis** de **INFLUENZA, HEPATITIS B y DT**, para ser suministrada a los empleados del Comedor de la Romana.

Dicha solicitud se hace, en virtud de que es interés nuestro inmunizar todo nuestro personal a nivel nacional.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración, se despide,

Atentamente,


Lic. Ignacio Pérez
Enc. De Recursos Humanos





Presidencia de la República Dominicana

Comedores Económicos del Estado Dominicano

"Año del Desarrollo Agroforestal"

04 septiembre 2017.

RRHH-CE-063-17

Dr. Manuel Hilario Acevedo

Directora Provincial de Salud Pública San Cristóbal
Su Despacho.-

Atención

Dra. María Inmaculada Silva
Coordinadora del PAI

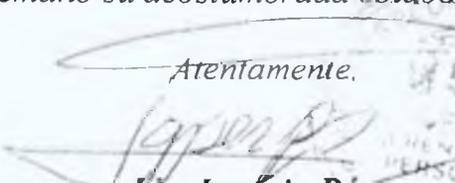
Distinguido Doctor:

Luego de un cordial saludo, y augurarle éxitos en sus funciones aprovechamos la ocasión para solicitarle que interponga de sus buenos oficios, a fin de que el Ministerio de Salud Pública, nos facilite **dieciséis (16) dosis de INFLUENZA, HEPATITIS B y DT**, para ser suministrada a los empleados del Comedor de San Cristóbal.

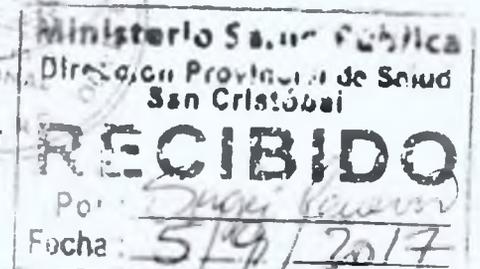
Dicha solicitud se hace, en virtud de que es interés nuestro inmunizar todo nuestro personal a nivel nacional.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración, se despide,

Atentamente,


Enc. Ignacio Pérez

Enc. Recursos Humanos





Presidencia de la República Dominicana
Comedores Económicos del Estado Dominicano
"Año del Desarrollo Agroforestal"

10 de agosto 2017

RRHH-CE-057-17

Dr. Néstor Porfirio Lorenzo
Director Provincial de Salud Pública Elías Piña
Elías Piña.-

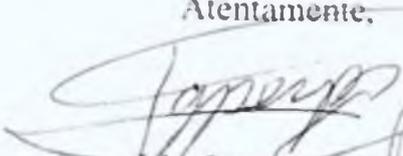
Distinguido Doctor:

Luego de un cordial saludo, y augurarle éxitos en sus funciones aprovechamos la ocasión para solicitarle que interponga de sus buenos oficios, a fin de que el Ministerio de Salud Pública, nos facilite **treinta (30) dosis de INFLUENZA, HEPATITIS B y DT**, para ser suministrada a los empleados del Comedor de Elías Piña.

Dicha solicitud se hace, en virtud de que es interés nuestro inmunizar todo nuestro personal a nivel nacional.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración, se despide,

Atentamente,


Lic. Ignacio Pérez
Enc. De Recursos Humanos





Presidencia de la República Dominicana
Comedores Económicos del Estado Dominicano
"Año del Desarrollo Agroforestal"

10 de agosto 2017

RRHH-CE-058-17

Dr. José Sala
Director Atención Primaria de Salud Pública
Municipio Quisqueya.-

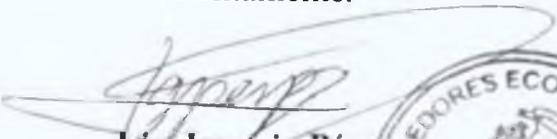
Distinguido Doctor:

Luego de un cordial saludo, y augurarle éxitos en sus funciones aprovechamos la ocasión para solicitarle que interponga de sus buenos oficios, a fin de que el Ministerio de Salud Pública, nos facilite **dieciséis (16) dosis** de **INFLUENZA, HEPATITIS B y DT**, para ser suministrada a los empleados del Comedor de Quisqueya.

Dicha solicitud se hace, en virtud de que es interés nuestro inmunizar todo nuestro personal a nivel nacional.

Agradeciendo de antemano su acostumbrada colaboración, se despide,

Atentamente.


Lic. Ignacio Pérez
Enc. De Recursos Humanos





Presidencia de la República Dominicana
Comedores Económicos del Estado Dominicano
"Año del Desarrollo Agroforestal"

01 de Septiembre de 2017.

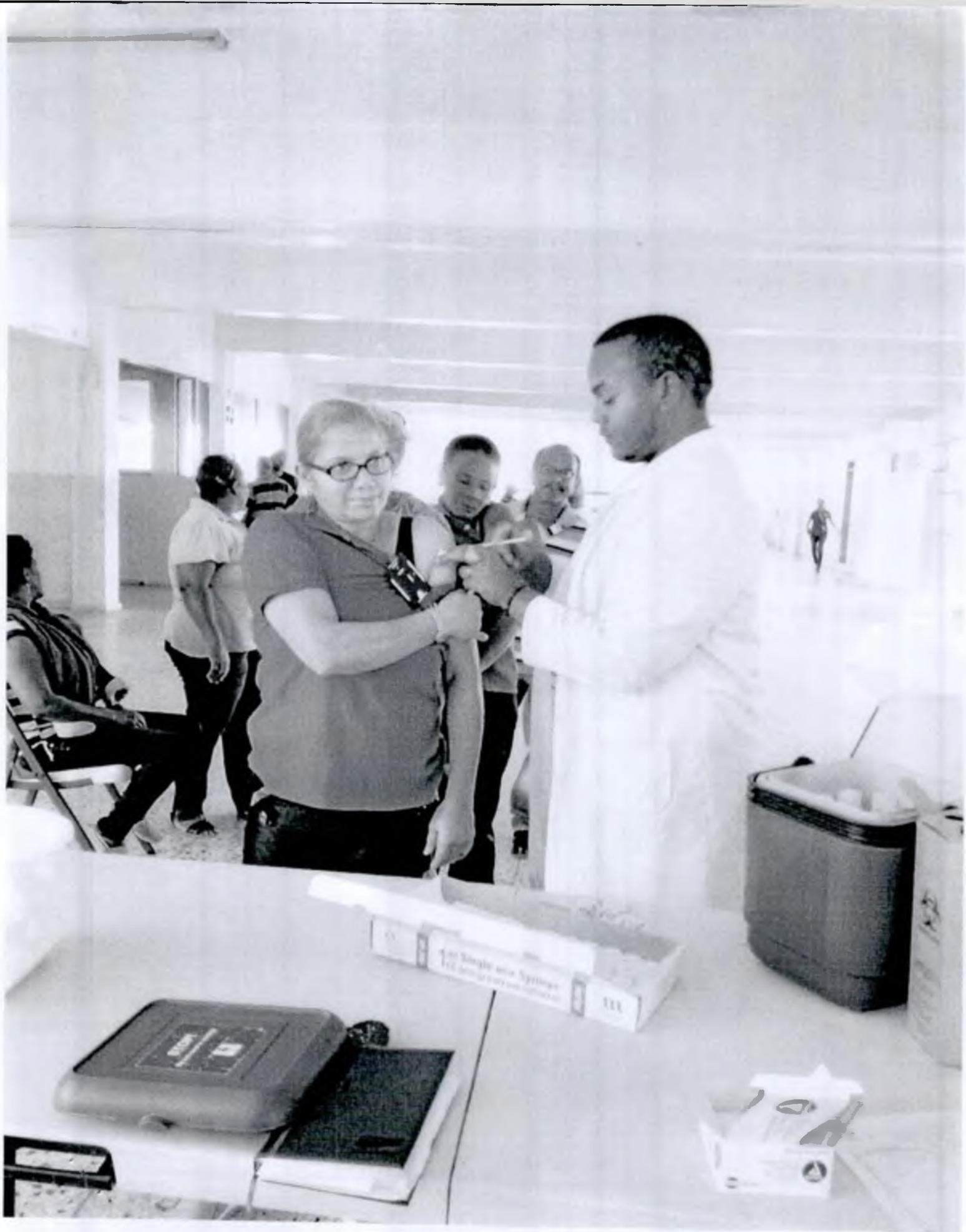
AVISO

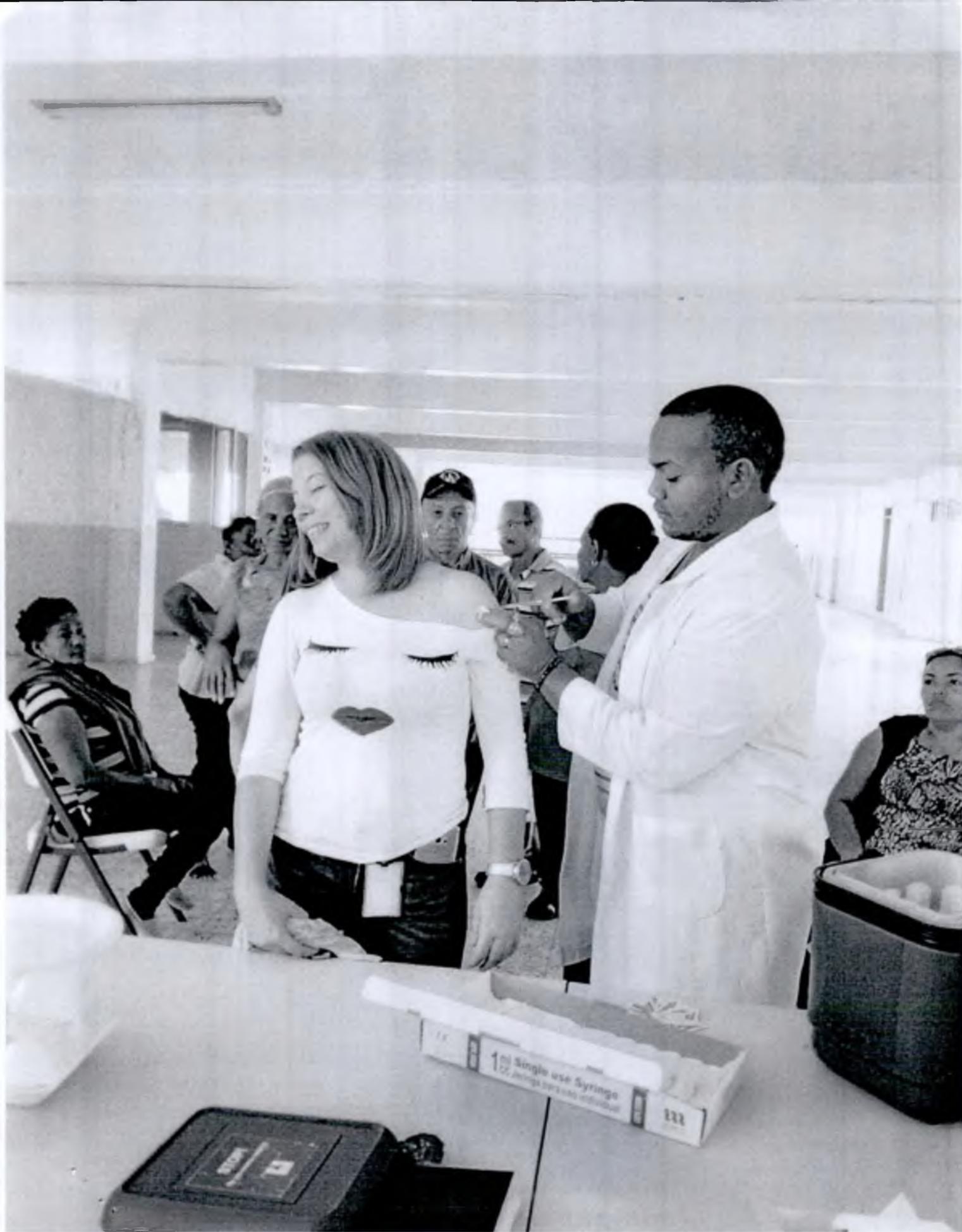
***A : Todo el Personal de la Sede Central
Y la Villa Olímpica.***

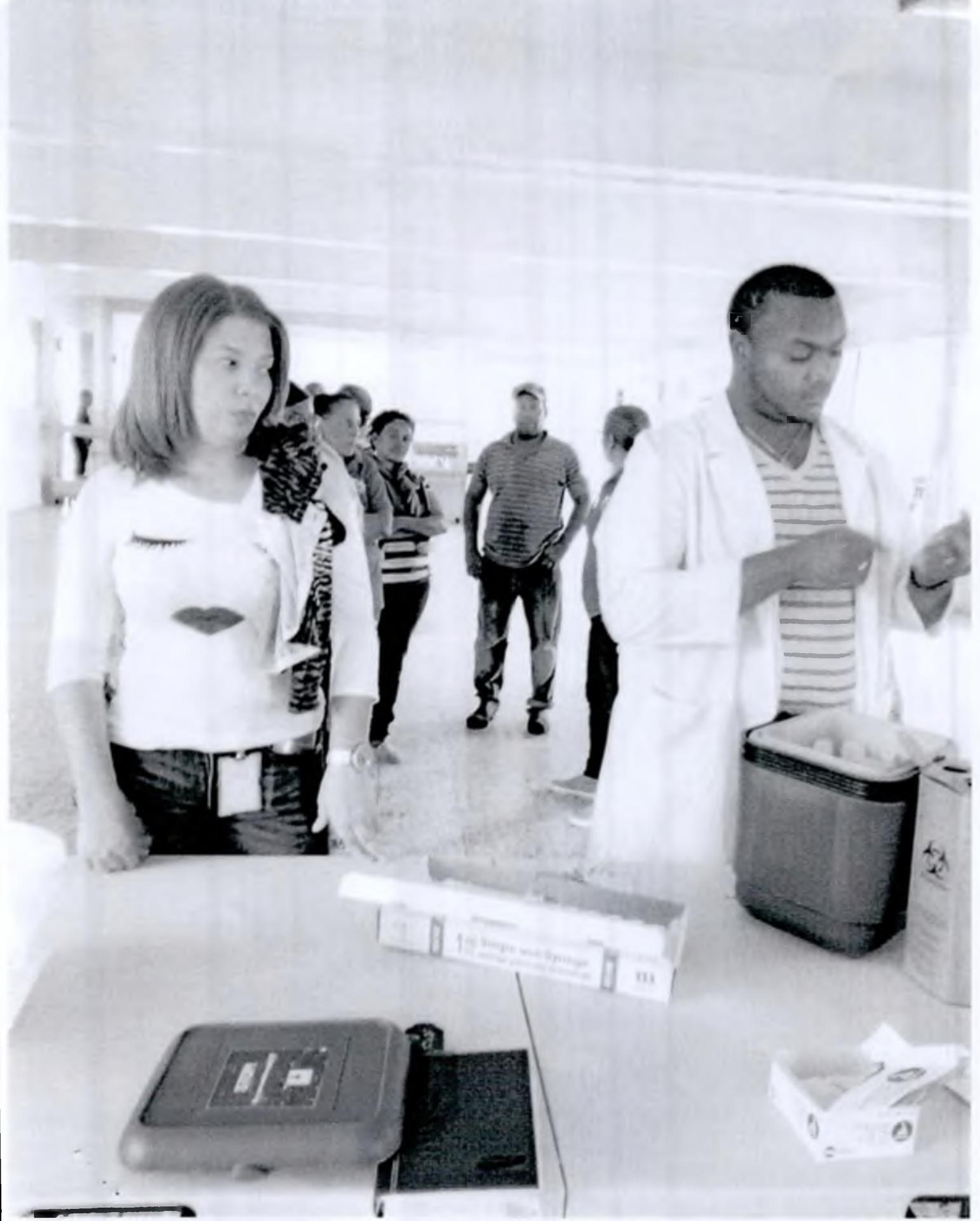
Cortésmente, invitamos a todo el Personal de la Sede Central y la Villa Olímpica a participar en la 3ra. Jornada de Vacunación, el próximo Martes 05 de Septiembre de 9:00 am a 3:00 pm.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS









Certificado de Participación

Otorgado a:

ELIZABETH EVANGELINA VASQUEZ PUENTE

Por haber cumplido satisfactoriamente con los requisitos del curso:

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 8 horas

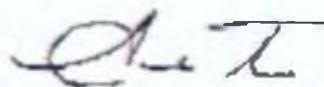
Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de **Titulos, Certificados y Constancias**

Dado en Santiago República Dominicana

el día 12 del mes junio del año 2013

y registrado en el libro 137 folio 194 con el Número 31



Gerente Regional



Encargado de Registro,
Estadísticas y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>





Certificado de Participación

Otorgado a:

ALIXANDRA DEL MILAGRO MARTINEZ

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 08 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 232 folio 333 con el número 4

Gerente Regional

Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>





Certificado de Participación

Otorgado a:

YNGRI BENALDIRYS ACOSTA BUENO

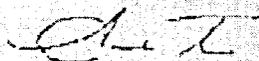
Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas
Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 13 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 231 folio 12 con el número 1


Gerente Regional


Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite
<http://www.infotep.gov.do>





INFOTEP
CERTIFICACIÓN ISO 9001

Certificado de Participación

Otorgado a:

ROSA IRIS DELANDA ALCANTARA

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana

el día 08 del mes Agosto del año 2017

y registrado en el libro 232 folio 333 con el número 1

Gerente Regional

Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados



Para validar, visite
<http://www.infotep.gov.do>



REGISTRO DE CERTIFICADOS

RT-02-NI-ONA-024

Lista de Egresados

Edición 2

1	ROSA IRIS DELANDA ALCANTARA
2	EROLIA MARIA ESPINAL TELADA
3	GENOVEVA FABIAN MOLAN
4	ALEXANDRA DEL MILAGRO MARTINEZ
5	ARELY JOSEFINA MARTINEZ REYES
6	MONICA MERCADO ZAPATA
7	ALEXANDRA PIMENTEL RODRIGUEZ
8	FERNANDO POLANCO GREGOIRE
9	ANA MARIA RODRIGUEZ DE LA ROSA
10	MAIRA ARIANA RODRIGUEZ MONCION

Libro: 232

Folio: 333

Curso: SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Código de Curso: 20171011238

Modalidad: CAPACITACION PERMANENTE

Fecha de Inicio: 02/08/2017

Fecha de Término: 09/08/2017

Duración: 8

Facilitador: ERNESTO ALBERTO ESCOTO VENTURA

Coordinación: 473-DEPTO SERV APOYO PROD NORT

Lugar: COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO



Certificado de Participación

Otorgado a:

JUANA MUÑOZ MORALES

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 13 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 231 folio 12 con el número 11

Gerente Regional

Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>





Certificado de Participación

Otorgado a:

VICTOR MANUEL ANDUJAR CRUZ

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 12 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 236 folio 232 con el número 2

Gerente Regional

Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite
<http://www.infotep.gov.do>



1	YNGRA BE NALDRO SACOSIA BUENO
2	JUAN ANTONIO CASTILLO B. SANO
3	ESTHER ALTAGRACIA CRUZ
4	RAFAELA CRUZ DE MUNOZ
5	ANA ELORINDA CRUZ SANTOS
6	DEICY DI SIA HERALDO
7	JESSICA CAROLINA FELIZ MINIER
8	MARCELINEO FRANCISCO
9	ARLY ARLENY GARCIA MARTINEZ
10	ADAMIA YOCASTA MOREL PIMENTEL
11	JUANA MUNOZ MORALES
12	ELISA MUNOZ PERALTA
13	YASMIN MERCEDES ORTIZ CABRERA
14	MIGUELINA ALTAGRACIA PEREZ PEREZ
15	FRANCISCO ALBERTO SALAS BARTOLO
16	ESTEFANI MAJIA SANTOS MUNOZ
17	ROSA ELENA UCETA
18	MARIA ENCARNACION UREÑA
19	MERARY DEL CARMEN ZAPATA

Libro: 231

Folio: 12

Curso: SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Código de Curso: 20171011243

Modalidad: CAPACITACION PERMANENTE

Fecha de Inicio: 13/08/2017

Fecha de Término: 13/08/2017

Duración: 8

Facilitador: ULISES ANTONIO GENAO RODRIGUEZ

Coordinación: 473-DEPTO SERV APOYO PROC NORT

Lugar: COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

1	MARIA ELENA AGOSTA FERNANDEZ
2	MARIBEL YOLANDA BAEZ FERNANDEZ
3	DIEGO DEL CARMEN BASTIDA
4	ANA CELIA BETANCOURT
5	MARIA ELENA GORDON
6	GEORGE ANTONIO DE LA CRUZ FERNANDEZ
7	LOURDES ESPINARIZMA DIAZ ROJAS
8	DIGNA PALOMA ESTEBAN PICHARDO
9	NATANIEL ABRAHAM GUTIERREZ LORA
10	MARIA MARGARITA HEINATONZ RODRIGUEZ
11	ARDO EUSEBIO HERRERA CASTILLO
12	MARCELYNA ANTONIA DE LEGA
13	RAMON EMILIO LIRIÑO
14	MARIA MERCEDES AUNCE GUERRERO
15	JOSE MIGUEL PEÑA
16	GLADYS ALTAGRACIA PENA
17	ANDREA BERNARDINA PENA ESTRELLA
18	MARIA VICTORIA TORALTA
19	JESUS EMILIO PEÑA TA VALDEZ
20	YUSMELIA MERCEDES PINA FERNANDEZ
21	MARITZA ALTAGRACIA POLANCO HERNANDEZ
22	EDYDITA ALTAGRACIA RAMOS ROSA
23	PETRONA RODRIGUEZ
24	RAMONA DEL CARMEN TORIBIO
25	ADALGISA ALTAGRACIA VALDEZ SURIEL

Libro: 299

Folio: 201

Curso: SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Código de Curso: 20171011240

Modalidad: CAPACITACION PERMANENTE

Fecha de Inicio: 03/08/2017

Fecha de Término: 03/08/2017

Duración: 5

Facilitador: ULISES ANTONIO GENAO RODRIGUEZ

Coordinación: 473-DEPTO SERV APOYO PROD NORT

Lugar: COMEORES ECONÓMICOS DEL ESTADO



Certificado de Participación

Otorgado a:

RAMONA ALMONTE

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 12 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 236 folio 232 con el número 1

Gerente Regional

Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite
<http://www.infotep.gov.do>



1	RAMONA ALMONTE
2	VICTOR MANUEL ANDUJAR CRUZ
3	YOHANNY ARANDA CHEVALIER
4	LISANDRO FERNANDO CASTELLANO GOMEZ
5	EVELYN JOSEFINA CEBALLOS
6	MARISOL DE LA CRUZ ALMONTE
7	JORGE LUIS ESPINAL RAMOS
8	MARISOL ALTAGRACIA FERNANDEZ
9	IGNACIO DE LOS ANGELES FRANCO MOYA
10	LEONARDE GARCIA MIESES
11	LUISA MARIANA GUZMAN SANTANA
12	HILARIO HENKERA CABRAL
13	JUAN BAUTISTA INFANTE
14	DULCE MARIA LANFRANCO
15	JOSE MERCEDES LIZON RODRIGUEZ
16	ISIDRO BAUTISTA LUCAS MARTINEZ ESPAILLAT
17	ADELIN YANILSA MARTINEZ JIMENEZ
18	MIXSOBIN ALTAGRACIA MARTINEZ REYES
19	ALBERTINA MEDINA MEDINA
20	DUTBERTO ANTONIO NUNEZ MEDINA
21	RAFAEL ABRAHAM PENA
22	PEDRO GUSTAVO PERDOMO
23	ALEJANDRO ESTEVAN PEREZ FELPE
24	LIBERTY CAROLINA RODRIGUEZ
25	YAMILDAYAJAIRA RODRIGUEZ REYES
26	RAQUEL ALTAGRACIA ROMERO MIRANZO
27	FERMINA SARANTE HIRALDO
28	GALBERRY TAVAREZ
29	VICTORIA DEL CARMEN TORIBIO
30	GLENDA LISA MERCEDES TORRES ALMANZAR

Libro: 236

Folio: 232

Curso: SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Código de Curso: 20171011242

Modalidad: CAPACITACION PERMANENTE

Fecha de Inicio: 12/05/2017

Fecha de Término: 12/08/2017

Duración: 8

Facilitador: ULISES ANTONIO GENAO RODRIGUEZ

Coordinación: 473-DEPTO SERV APOYO PROD NCRT

Lugar: COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO



Certificado de Participación

Otorgado a:

MARIA MARGARITA HERNANDEZ RODRIGUEZ

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 B Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana
el día 08 del mes Agosto del año 2017
y registrado en el libro 236 folio 231 con el número 10


Gerente Regional


Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>





Certificado de Participación

Otorgado a:

ANA DELIA BETANCES

Por haber cumplido satisfactoriamente los requisitos del curso:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Con una duración de 8 Horas

Impartido en COMEDORES ECONOMICOS DEL ESTADO

En virtud de lo establecido en la Resolución que rige la expedición de
Títulos, Certificados y Constancias

Dado en Santiago República Dominicana

el día 08 del mes Agosto del año 2017

y registrado en el libro 236 folio 231 con el número 4


Gerente Regional


Encargado de Registro, Estadísticas
y Certificados

Para validar, visite:
<http://www.infotep.gov.do>

