IDOPPRIL	Gestión atención al usuario	Código: FO-AU-002
	Formulario	Versión: 01
	Aviso de accidente de trabajo (ATR-2)	Página: 1 de 1

1 - Identificación general de la empresa

Nombre o razón social: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION DEL MAGISTERIO RNC: 430017027

Nombre de la actividad económica: EDUCATIVA Filial o sucursal: PRINCIPAL

Dirección (calle y no.): C/ FURCY RICHARDO Nº4 Bella VISTA SANTO DOMINGO R.D. (D.N.)

Provincia: SANTO DOMINGO (D.N) Municipio: DISTRITO NACIONAL

Ciudad: SANTO DOMINGO Sector: Bella VISTA Teléfono: 809-535-3067

Correo electrónico: INFO@INAFOCAM.EDU.DO No. de trabajadores: 250 Total HHT por año: 1920

2 - Identificación de la persona accidentada

Apellidos: Sanchez Gomez Nombres: Saulina María

Cédula: 402-2474940-7 NSS: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 19/04/1995 Edad: 26

Sexo: M ○ F ✓ Dirección (calle y no.): C/ Rosa de los Vientos #5, Buenos aires del Mirador

Provincia: Distrito Nacional Municipio: Santo Domingo Oir

Sector: Buenos Aires del mirador Teléfono: 829-899-9519 Teléfono de un familiar o vecino: 809-506-7170

Nacionalidad: Dominicana Escolaridad: P ○ S ○ U ✓ N ○ Estado civil: S ✓ C ○

ARS a la que pertenece: Universal

Ocupación: Analista Correo electrónico: Saulinasanchez@inafocam.edu.do

Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aa): 26/01/2014

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

Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad): 0-6 meses ✓ 7-11 meses ○ 1-2 año(s) ○ 3-5 años ○ 6-10 años ○ 11-15 años ○ Más de 15 años ○

Situación en el empleo: Asalariado(a) ✓ Empleador ○ Miembro de cooperativa de productores ○ Trabajador(a) familiar auxiliar ○

Trabajador(a) por cuenta propia ○ Trabajador(a) que no puede clasificarse según la situación en el empleo ○

Horario de trabajo (entrada/salida): 8:00 am 4:00 pm

3 - Información sobre el accidente

Fecha del accidente (dd/mm/aa): 08/12/2021 Hora: 11:30 am

¿Causó la muerte a el/la trabajador(a)?: Si ○ No ✓

Tipo de accidente: Centro ✓ Trayecto ○ Conexo ○

Tipo de vehículo: Autobús ○ Automóvil ○ Motocicleta ○ Jeepeta ○ Carga ○ Peatón ○ Otro ✓

¿Estaba realizando su labor habitual?: Si ✓ No ○ ¿Cuál?: Trabajo de oficina

Jornada en que se produce el accidente: Diurna ✓ Nocturna ○ Turno ○ Mixta ○

4 - Descripción y circunstancias del accidente

¿Qué hacia el/la trabajador(a) justo antes de que ocurriera el accidente y cómo se produjo?

El accidente ocurrió mientras se movía en dirección al baño, cuando bajó por las escaleras puso el pie en un escalón, saltandoselo; lo que provocó su caída y la lesión del pie izquierdo.

5 - Información sobre testigos del accidente

¿Hubo testigos en el accidente?: Si ✓ No ○

Nombres:	Flor María	Nombres:	Luis Manuel
Apellidos:	Ramirez Hernandez	Apellidos:	Guerrero Soto
Cargo:	Digitadora	Cargo:	Auxiliar administrativo
Cédula:	402-1041375-0	Cédula:	402-1437442-9
Teléfono:	829-369-5658	Teléfono:	829-336-7645

6 - Datos de la primera atención

Centro donde recibió la primera atención: Clínica independencia

Fecha (dd/mm/aa): 08/12/21 Hora: 1:00 pm

Tipo de atención recibida:

Tratamiento ambulatorio ○ Hospitalización ○ Fallecido ○ Incapacitado para el trabajo: Si ✓ No ○

7 - Persona responsable del aviso

Nombres y apellidos: ANA TEJEDA

Cargo: ENCARGADA RRHH

Fecha del reporte (dd/mm/aa): 14/12/2021

Firma y sello

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL MAGISTERIO — DPTO. DE GESTIÓN HUMANA

IDOPPRIL — RECIBIDO POR REPRESENTANTE DE SERVICIO 467992 — No. ___ AÑO ___ HORA ___

DESPACHADO — ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA — 15 DIC 2021

DESPACHADO — ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA — 14 DIC 2021