Sistema Nacional de Atencion a Emergencias y Seguridad 911
Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo
Reporte de Accidente

Fecha	Nombre y Apellido	Cedul	PSAI	Categoria	No. Report	Tipo de Acciden	Circunstancias	ias en lice	Observaciones
08/01/2024	VLADIMIR DE JESUS CARRIÓN PÉREZ	001-1507491-8	ZM	ACCIDENTE	568494	TRAYECTO	BAJANDO LA ESCALERA DE SU CASA PARA VENIR AL TRABAJO RESBALO, SE CAYO Y TUBO UN ESGUINCE EN EL PIEZ	10	ACCIDENTE OCURRIDO EL 08/01/2024
31/01/2024	SATURNINA POLANCO	001-1339741-8	ZM	ACCIDENTE	570283	TRAYECTO	DESPUES DE BAJARSE DEL AUTOBUS INSTUCIONAL E INTENTAR CRUZAR LA CALLE FUE INVESTIDA POR UNA MOTICICLETA RECIBENDO UNA FRACTURA EN LA PIERNA IZQUIERDA	30	ACCIDENTE OCURRIDO EL 31/01/2024
03/02/2024	JANIBEL ALBA LEDYS MEDRANO CALDE	402-2389469-	ZM	ACCIDENTE	570707	TRAYECTO	MIENTRAS SE TRASLADABA EN UNA MOTICLETA HACIA LA PARADA DEL TRANSPORTE, FUE INVESTIDA POR UN CARRO QUE LE CAUSO TRAUMAS Y LACERACIONES EN AMBAS PIERNAS SIENDO LA DE MAYOR INTENSIDAD EN EL PIES DERECHO	1	ACCIDENTE OCURRIDO EL 03/02/2024
04/03/2024	ÁNGEL MANUEL JIMÉNEZ FORTUNA	402-1187099-1	ZM	ACCIDENTE	57625	TRAYECTO	EL COLABORADOR SE DIRIGIA HACIA LA PARADA DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL EN UN MOTOR, EL MOTORISTA QUE CONDUCIA LA MOTO PARA EVITAR UN CHOQUE de FRENTE CON OTRO MOTORISTA SE HIZO A UN LADO Y COLISIONÓ CON EL UN CARRO QUE INTENTABA REBASARL Y HIZO CONTACTO CON EL BOMPER DEL VEHICULO CON LA PIERNA DEL COLABORADOR PROBOCANDOLE UN TRAUMA LUM-SACRA	10	ACCIDENTE OCURRIDO EL 04/03/2024
18/03/204	LUIS MANUEL MORENO GARCIA	001-1670256-2	ZM	ACCIDENTE	579899	TRAYECTO	MIENTRAS SE TRASLADABA EN SU CAMIONETA ISUZU EN EL CRUCE DE LA GINA, HARAS NACIONALES SANTO DOMINGO NORTE SE LE ATREVESO UN CABALLO AL CUAL IMPACTO CON LA CAMIONETA RECIBIENDO GOLPES POR EL IMPACTO	N/A	ACCIDENTE OCURRIDO EL 18/03/2024
12/04/2024	SUSANA MARIA NIEVES PEDIET	123-0001196-7	ZM	ACCIDENTE	580180	TRAYECTO	DE REGRESO A SU CASA AL INTERNTAR CRUZAR LA CALLE FUE IMPACTADA POR UN MOTOTISTA	30	ACCIDENTE OCURRIDO EL 11/04/2024
15/04/2023	EUNISES MASSIEL ABREU VASQUEZ	223-0182749-	ZM	ACCIDENTE	580146	TRAYECTO	SALIENDO PARA EL TRABAJO SE CAYO DE SUS PROPIOS PIES AL MOMENTO DE ABORDAR UN TAXIS	15	ACCIDENTE OCURRIDO EL 12/04/2024
23/04/2024	ANGELA DARIA GARCIA	225-0065851-	ZM	ACCIDENTE	580103	TRAYECTO	MIENTRAS ESTABA SENTADA EN EL AUTOBÚS DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL PARA VENIR AL CENTRO DE TRABAJO, EL CHOFER DEL AUTOBÚS SE VIO PRECISADO A FRENAR DE GOLPE, POR LA IMPRUDENCIA DE UN CONDUCTOR DE UN CAMIÓN DE BASURA Y LA COLABORADORA SE DIO UN GOLPE EN LA MUÑECA DERECHA CON LA BARRA DE PROTECCIÓN DEL ASIENTO DELANTERO	3	ACCIDENTE OCURRIDO EL 23/04/2024
31/05/2024	KARLA PATRICIA SANCHEZ	402-3385922-	ZM	ACCIDENTE	588172	TRAYECTO	DE CAMINO A SU CASA DESPUÉS DE TERMINAR SU JORNADA LABORAL EN UN MOTORS UBER, FUE IMPACTADA POR VEHICULO DE DATOS DESCONOCIDOS. RESULTANDO CON LESIONES EN SU PIERNA IZQUIERDA, ESPECIFICAMENTE UNA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO IZQUIERDO	15	ACCIDENTE OCURRIDO EL 31/05/2024
31/05/2024	PERLA MABEL CUESTA PÉREZ	223-0124257-	ZM	ACCIDENTE	588355	TRAYECTO	DE CAMINO HACIA SU CENTRO DE TRABAJO, SUBIENDO AL AUTOBÚS, PISO EN FALSO, CAYENDO HACIA ATRÁS SOBRE EL CODO IZQUIERDO POR LO QUE RECIBIÓ UNA HERIDA CORTANTE EN DICHO CODO	3	ACCIDENTE OCURRIDO EL 31/05/2024

SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911
Sto. Dgo., R.D.
12/9/2024

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000568494

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): CARRION **Nombre (s):** VLADIMIR DE JESUS

Cédula: 001-1507491-6 **NSS:** 013433015 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 20-06-1980 **Edad:** 44 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/F #395 APTO. 3B 90

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL

Sector: ESPAILLAT **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Vecino:**

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCIÓN

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 13-01-2022 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 13-01-2022 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 1-2 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A. M. / 4:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 08-01-2024 **Hora:** 6:00 A. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 19-01-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

BAJANDO LA ESCALERA DEL APTO. DEL SEGUNDO AL AL PRIMER NIVEL RESBALÓ DEBIDO A QUE LA ESCALERA ESTABA MOJADA, Y SE LE PRODUJO ESGUINCE EN EL PIES IZQUIERDO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

NELSON DARLINE (829)916-5257

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	CENTRO MEDICO SANTO DOMINGO ORIENTAL		
Fecha (dd/mm/aa):	09-01-2024	**Hora:**	08:00 A. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	19-1-2024 / 10:02:38		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000570283

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): POLANCO **Nombre (s):** SATURNINA

Cédula: 001-1339741-8 **NSS:** 15792211 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 08-04-1964 **Edad:** 60 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/SAGRARIO DÍAZ #42, LOS TRES BRAZOS SANTO DOMINGO ESTE, NO DE No de

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

Sector: LOS TRES BRAZOS (SAN LORENZO DE LOS MINA) **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:**

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD CMD ARS CMD

Ocupación: CONSERJES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 08-11-2023 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 08-11-2023 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 0-6 Meses

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A. M. / 3:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 31-01-2024 **Hora:** 4:00 P. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 01-02-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

DE CAMINO A SU CASA EN TRAYECTO DESPUÉS QUE SE DESMONTÓ DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL, DESPUÉS QUE CRUZÓ LA CALLE UN MOTORISTA LA CHOCÓ Y LE DIO UN GOLPE, PRODUCIÉNDOLE UNA FRACTURA EN LA PIERNA IZQUIERDA TIPO III A

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DOCTOR DARIO CONTRERAS		
Fecha (dd/mm/aa):	31-01-2024	**Hora:**	04:30 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	1-2-2024 / 12:30:28		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000570707

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): MEDRANO CALDERON **Nombre(s):** JANIBEL ALBA LEDYS

Cédula: 402-2388468-1 **NSS:** 0 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 18-10-1994 **Edad:** 30 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** CALLE MARIA TRINIDAD SANCHEZ #9 , LOS FRAILER KM. 12, NO DE No de

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

Sector: LOS FRAILES II **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:** (829)215-0202

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: RECEPCIONISTAS Y EMPLEADOS DE INFORMACIONES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 12-12-2022 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 12-12-2022 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 1-2 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 3:00 P. M. / 11:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 03-02-2024 **Hora:** 1:20 P. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 05-02-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

MIENTRAS SE TRASLADABA EN UNA MOTOCICLETA CAMINO A LA PARADA EN DONDE LA RECOGE EL AUTOBÚS INSTITUCIONAL, FUE INVESTIDA POR UN CARRO QUE LE CAUSO TRAUMAS Y LACERACIONES EN AMBAS PIERNAS CON MAYOR INTENSIDAD EN PIES DERECHO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

RUIZ MIRELLA (829)826-8432

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	CLINICA INDEPENDENCIA SRL		
Fecha (dd/mm/aa):	03-02-2024	**Hora:**	03:30 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	5-2-2024 / 12:38:43		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000575625

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): JIMENEZ **Nombre (s):** ANGEL MANUEL

Cédula: 402-1187099-9 **NSS:** 148836222 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 12-09-1996 **Edad:** 28 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** HERMANAS MIRABAL, #72 72

Provincia: SANTO DOMINGO **Municipio:** SANTO DOMINGO OESTE

Sector: BAYONA **Zona:** Urbana **Tel. Familiar o Vecino:** (829)916-8701

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: EMPLEADOS DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 08-11-2023 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 08-11-2023 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 0-6 Meses

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 8:00 A. M. / 4:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 04-03-2024 **Hora:** 6:40 A. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 11-03-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

EN TRAYECTO SE DIRIGÍA HACIA LA PARADA DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL, SEGÚN INDICA EL ACTA POLICIAL, EL MOTORISTA QUE CONDUCÍA LA MOTO, PARA EVITAR UN CHOQUE DE FRENTE CON OTRO MOTORISTA SE HIZO A UN LADO Y COLISIONÓ CON EL UN CARRO QUE INTENTABA REBASAR, Y HIZO CONTACTO CON EL BUMPER DEL VEHÍCULO CON LA PIERNA DEL COLABORADOR

SE DIRIGÍA HACIA LA PARADA DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

FORTUNA TOTIBIO JOSÉ IGNACIO (829)712-6310

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	CENTRO MEDICO MODERNO (INSTITUTO DE MEDICINA POPULAR S. A.)		
Fecha (dd/mm/aa):	04-03-2024	**Hora:**	06:00 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	11-3-2024 / 12:54:21		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000578699

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): MORENO GARCIA **Nombre (s):** LUIS MANUEL

Cédula: 001-1670356-2 **NSS:** 003095043 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 17-08-1983 **Edad:** 41 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/GREGORIO LUPERÓN #40, LA ALTAGRACIA, NO DE No de

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

Sector: HACIENDA ESTRELLA **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:** (809)214-9538

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: MECÁNICOS Y AJUSTADORES ELECTRICISTAS

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 01-04-2014 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 01-04-2014 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 6-10 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 9:00 A. M. / 5:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 18-03-2024 **Hora:** 6:05 A. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 03-04-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	NO	**¿Cuál?:**	EN TRAYECTO
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

MIENTRAS SE TRASLADABA AL TRABAJO EN SU CAMIONETA ISUZU EN EL CRUCE DE LA GINA, HARAS NACIONALES SANTO DOMINGO NORTE SE LE ATRAVESÓ UN CABALLO AL CUAL IMPACTÓ CON LA CAMIONETA RECIBIENDO GOLPES POR EL IMPACTO. RECIBIÓ ATENCIÓN EN HOSPITAL MUNICIPAL HACIENDA ESTRELLA EL 23/03/2024

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	HOSPITAL MUNICIPAL DE YAMASA		
Fecha (dd/mm/aa):	21-03-2024	**Hora:**	06:15 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	NO

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	3-4-2024 / 15:55:36		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000580180

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): NIEVES PEDIET **Nombre (s):** SUSANA MARIA

Cédula: 123-0001196-7 **NSS:** 054235393 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 15-02-1976 **Edad:** 48 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/NICOLÁS DE OVANDO NO. 482, CRISTO REY No de

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL

Sector: CRISTO REY **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:** (849)362-2615

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: CONSERJES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 01-12-2022 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 01-12-2022 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 1-2 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A. M. / 3:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 11-04-2024 **Hora:** 3:15 P. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 15-04-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

CUANDO INTENTABA CRUZAR LA CALLE FUE IMPACTADA POR UN MOTORISTA Y LE PRODUJO UNA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO IZQUIERDO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

AQUINO RODRÍGUEZ YOSELIN ALTAGRACIA (829)404-8912

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA		
Fecha (dd/mm/aa):	11-04-2024	**Hora:**	04:30 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	15-4-2024 / 11:51:49		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000580146

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): ABREU VASQUEZ **Nombre (s):** EUNISES MASSIEL

Cédula: 223-0182749-3 **NSS:** 155792690 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 30-05-1996 **Edad:** 28 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/HERMANAS MIRABAL, EDIF.NICOLE, APTO. 3B, ALTOS DE CANCINO, NO DE No de

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

Sector: ALTOS DE CANCINO **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:** (809)594-0127

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: RECEPCIONISTAS Y EMPLEADOS DE INFORMACIONES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 12-12-2022 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 12-12-2022 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 1-2 Años

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A. M. / 3:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 12-04-2024 **Hora:** 6:00 A. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 15-04-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	NO	**¿Cuál?:**	EN TRAYECTO
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

SALIENDO DE SU CASA PARA DIRIGIRSE AL TRABAJO SE CAYÓ DE SUS PROPIOS PIES Y SE LE PRODUJO UN ESGUINCE DE TOBILLO EN EL PIES IZQUIERDO Y RECIBIÓ GOLPES EN OTRAS PARTES DE CUERPO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

VALERA RAMOS GRISMEIDYS AGUSTINA (829)564-7390

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	CORPORACION VISTA HERMOSA / CENTRO POLICLINICO NACIONAL SRL		
Fecha (dd/mm/aa):	12-04-2024	**Hora:**	06:30 A. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	15-4-2024 / 10:48:53		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000583133

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): GARCIA **Nombre (s):** ANGELA DARIA

Cédula: 225-0065851-7 **NSS:** 88493197 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 16-01-1992 **Edad:** 32 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** C/ISABELA CATOLICA, LOS ALKEANOS, VILLA MELLA, STO. DGO. NORTE, NO DE No de

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

Sector: VILLA MELLA **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:**

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD FUTURO

Ocupación: CONSERJES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 01-11-2023 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 01-11-2023 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 0-6 Meses

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 3:00 P. M. / 11:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 23-04-2024 **Hora:** 1:40 P. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 06-05-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

MIENTRAS ESTABA SENTADA EN EL AUTOBÚS DEL TRANSPORTE INSTITUCIONAL PARA VENIR AL CENTRO DE TRABAJO, EL CHOFER DEL AUTOBÚS SE VIO PRECISADO A FRENAR DE GOLPE, POR LA IMPRUDENCIA DE UN CONDUCTOR DE UN CAMIÓN DE BASURA Y LA COLABORADORA SE DIO UN GOLPE EN LA MUÑECA DERECHA CON LA BARRA DE PROTECCIÓN DEL ASIENTO DELANTERO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

MARTINEZ SANTANA ANTHONY DE JESUS (809)789-8472

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA		
Fecha (dd/mm/aa):	23-04-2024	**Hora:**	02:30 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	6-5-2024 / 12:01:11		

INSTITUTO DOMINICANO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Sistema de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales
Formulario de Aviso de Accidente de Trabajo (ATR-2)

Reporte No.: 0000588172

1.- Identificación General de la empresa:

Nombre o Razón Social: SISTEMA NACIONAL DE ATENCION A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 911 - (***SEDE PRINCIPAL***) **RNC:** 430146821

Nombre de la actividad económica: ACTIVIDADES DE ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dirección (Calle y Número): ABRAHAN LINCOLN ESQ. C/ NUÑEZ Y DOMINGUEZ

Provincia: DISTRITO NACIONAL **Municipio:** DISTRITO NACIONAL **Zona:** No Epecificada

Sector: LA JULIA **Teléfono:** (809)698-8082 **Fax:**

Correo electrónico: MABUCRU@HOTMAIL.COM **No. de Trabajadores:** 1308 **Total HHT por año:** 5102

2.- Información de la persona afectada:

Apellido(s): SANCHEZ **Nombre (s):** KARLA PATRICIA

Cédula: 402-3385922-8 **NSS:** 173807748 **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):** 15-09-2001 **Edad:** 23 Años

Sexo: Masculino **Dirección (Calle y No.):** AV. EL CORAL, CALLE 42, NO DE No de

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

Sector: LOS MAMEYES **Zona:** No Epecificada **Tel. Familiar o Vecino:**

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

ARS a la que pertenece: ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD SENASA

Ocupación: CONSERJES

Fecha de Ingreso a la Empresa (dd/mm/aa): 15-09-2023 **Jornada de trabajo habitual:** DIURNA

Fecha de Ingreso al Puesto de Trabajo (dd/mm/aa): 15-09-2023 **Tiempo en el puesto de trabajo (antigüedad):** 7-11 Meses

Situación en el empleo: Asalariados

Horario de Trabajo (Entrada/Salida): 7:00 A. M. / 3:00 P. M. **¿Qué salario percibía al momento del Accidente?:** RD$0.00

3.- Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: 31-05-2024 **Hora:** 3:20 P. M. **Tipo de Accidente:** Sin Lesión

¿Causó la muerte del trabajador?: NO **Lugar donde ocurrió el accidente:** No Especificado

Fecha en que dejó de trabajar por causa del accidente (dd/mm/aa): 10-06-2024 **Hora:**

Estaba realizando su labor habitual:	SI	**¿Cuál?:**	
Jornada en que se produce el accidente:	DIURNA		

4.- Descripción y circunstancias del accidente:

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

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

DE CAMINO A SU CASA DESPUÉS DE TERMINAR SU JORNADA LABORAL EN UN MOTORS UBER, FUE IMPACTADA POR VEHICULO DE DATOS DESCONOCIDOS, RESULTANDO CON LESIONES EN SU PIERNA IZQUIERDA, ESPECIFICAMENTE UNA FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAYOR DE HÚMERO IZQUIERDO

¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?

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

5.- Información sobre testigos del accidente :

¿Alguna persona presenció el accidente?

MARTÍNEZ BURGOS JUAN CARLOS (829)467-5395

6.- Datos de la primera atención:

PSS donde recibió la primera atención:	CENTRO MEDICO INTEGRAL SANTANA GUZMAN, S. A. (INTEGRAL I)		
Fecha (dd/mm/aa):	31-05-2024	**Hora:**	04:00 P. M.
Tratamiento :		**¿Incapacitado para el trabajo?:**	SI

6.- Persona responsable del aviso:

Nombres y Apellidos:	JOSÉ J RIJO	**Teléfono:**	
Cargo:	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Fecha de reporte de la enfermedad (dd/mm/aaaa):	10-6-2024 / 14:35:27		