

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

**EXPERTA
ART**

Notifique al Centro Coordinador
0800-8880-200

Contingencias cubiertas por la Ley N° 24557
y su reglamentación - Enviar dentro de las 48 hs. hábiles

N° de Siniestro

1781274.

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa Oil Adder Services CUIT 30708582545 Contrato N° 271321
Domicilio Av. Conquistadores del Desierto Localidad Neuquén
Provincia Neuquén C.P. 8300 Tel. 0299-4413503
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
Cód. Establecimiento 656530 CIU 656530 Empresa subcontratada SI ☐ NO ☒ CUIT ocurrencia o detección 30708582545
Domicilio Ruta 6 Localidad El Rincón Pcia. de ocurrencia o detección Neuquén C.P. 8331

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombres Yolina Jorge Omar CUIL ó Tipo y N° de Documento 232572509-9
Teléfono 0299-154246805 CBU
Nacionalidad Argentino Fecha de nacimiento 31/12/1976 Sexo ☒ M ☐ F
Domicilio 0121974 Localidad Neuquén Provincia Neuquén C.P. 8300
E-mail
Fecha de Ing. en la empresa 01/06/2007 Turno de trabajo habitual Fijo ☐ Rotativo ☒
Jornada Habitual (Desde/Hasta) 08:00 a 20:00 Fecha último examen periódico 12/03/2016
Obra social OSPEPRU

Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional Operador Hwto. Antigüedad
Puesto de trabajo anterior Chofer capos Uguinda Antigüedad

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

ACCIDENTE DE TRABAJO ☒ ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ MUERTE SI ☐ NO ☐

ACCIDENTE DE TRABAJO

En el trabajo ☒ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o volver del trabajo ☐ Desplazamiento en día laboral ☐ Otro ☐
Fecha 24/03/2017 Horario del accidente 19:00 Horario de la jornada el día del accidente 08:00 a 20:00
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / / Realizaba una tarea habitual al accidentarse SI ☒ NO ☐

Descripción del accidente Al pasar por detrás de una persona se apoya en berrido y la mismo se desubido, y cae el piso de unos 1,50 metros

Agente material asociado 10930

Diagnóstico

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Naturaleza de la lesión

1 07 2 ☐ 3 ☐

Forma del accidente

101

Zona del cuerpo afectada

1 095 2 ☐ 3 ☐

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente (en meses)	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (CÓDIGOS DE FORMAS DE DIAGNÓSTICO)

Exámen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje judicial	J
Exámen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Exámen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en amb. púb. no hospít.	M	Presentación A.R.T.	B

Centro asistencial

Domicilio

Localidad

Provincia

C.P.

Tel.

Accidente in itinere

Denuncia policial N°

(Adjuntar copia) Comisaría

24/03/2017, Neuquén
LUGAR Y FECHA

GONZALO ANZOATEGUI
FIRMA, ACLARACIÓN, DNI DEL DENUNCIANTE