

# Informe de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional / Denuncia

**QBE SEGUROS**  
LA BUENOS AIRES

## Denuncia

### Empleador

Nombre de la Empresa: Oil Addper Service SRL CUIT: 3070888254  
 Contrato Nro.: 21321 CIU: 832421  
 Domicilio: Av. Conquistadores del desierto Localidad: Pehuén  
 Provincia: Pehuén C.P.: 8300 Tel.: 4009312/13  
 Fax: Email: mcarro@grupooas.com.ar  
 Nombre del Establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional: Yacim. Piedra Blanca (Rio Negro)  
 Código Establecimiento: - CIU: 832421 Empresa subcontratada: ☒ NO ☐ SI  
 CUIT ocurrencia o detección: 3070888254-S Domicilio: Yacim. Rio Negro  
 Localidad: Catriel Provincia: Rio Negro C.P.: 8307

### Datos del Trabajador

Apellido y Nombre: Pino Adrian Tipo y Nro. de Documento: 30225612  
 CUIL: 20-30225612-9 Nacionalidad: Argentina  
 Fecha de Nacimiento: 30/07/83 Sexo: ☐ F ☒ M Estado Civil: ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión de Hecho  
 Domicilio: Av. de la Llave y Flores Localidad: Chimpey  
 Provincia: Rio Negro C.P.: 8304 Tel.: 0294155124635  
 Fecha de Ing. en la Empresa: 01/06/06 Fecha de Ing. al Establecimiento: 01/06/06 Turno de Trabajo habitual: ☒ Fijo ☐ Rotativo  
 Jornada habitual: desde 08:00 hasta 20:00 Situación contractual: Efectivo Fecha último examen periódico: 15/07/14  
 Obra Social: CSPEPR  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional: Operador HWO Antigüedad: 8 años  
 Puesto de trabajo anterior: - Antigüedad: -

### Información sobre el Siniestro

Accidente de Trabajo ☒ Enfermedad Profesional ☐

☒ En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o al volver del trabajo ☐ Desplazamiento en día laboral ☐ Otro

#### Accidente de Trabajo

Fecha: 18/10/14 Horario de la jornada el día del accidente: 08 a 20:00 Hora del accidente: 17:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: - ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse?: ☒ SI ☐ NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias: Al operar equipo, luego de q serpentina (cable) se opagó, la encienda mensural, lo q ocasionó explosion, y le quemó el rostro

### Accidente de Trabajo

|                          |              |                          |   |             |   |  |   |  |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---|-------------|---|--|---|--|
| Agente Material Asociado | <u>30106</u> | Diagnóstico              | 1 |             | 2 |  | 3 |  |
|                          |              | Naturaleza de la lesión  | 1 | <u>0040</u> | 2 |  | 3 |  |
| Forma del Accidente      | <u>605</u>   | Zona del Cuerpo Afectada | 1 | <u>0009</u> | 2 |  | 3 |  |

### Enfermedad Profesional

|                | Agente Causante (Ver Tablas) | Agente Mat. Asociado | Tiempo de Exposición al Agente | Diag. de la EP                | Fecha de Diagnóstico | Zona del Cuerpo Afectada | Código de Examen |
|----------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| Ag. Causante 1 |                              |                      |                                | Diag. 1<br>Diag. 2<br>Diag. 3 |                      |                          |                  |
| Ag. Causante 2 |                              |                      |                                | Diag. 1<br>Diag. 2<br>Diag. 3 |                      |                          |                  |
| Ag. Causante 3 |                              |                      |                                | Diag. 1<br>Diag. 2<br>Diag. 3 |                      |                          |                  |

#### La enfermedad se detectó en (códigos de detección de la enfermedad):

|                       |          |                                    |          |                                  |          |                   |          |
|-----------------------|----------|------------------------------------|----------|----------------------------------|----------|-------------------|----------|
| Examen Preocupacional | <b>P</b> | Ausencia prolongada                | <b>A</b> | Sanatorio Privado                | <b>N</b> | Peritaje Judicial | <b>J</b> |
| Examen Periódico      | <b>R</b> | Transferencia de puesto de trabajo | <b>T</b> | Hospital Público                 | <b>H</b> | Comisión Médica   | <b>S</b> |
| Examen de Egreso      | <b>E</b> | Obra Social                        | <b>O</b> | Consulta en Ámb. Púb. no Hospit. | <b>M</b> | Prestación ART    | <b>B</b> |

Centro Asistencial:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Tel.:

Accidente in itinere:

Denuncia policial Nro.:

(Adjuntar Copia) Comisaría:

Catriel, 18 de Octubre 2014

Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y sello del denunciante

M. Constanza Gordo  
Lic. en H&S  
INE 1402-Grupo OAS

Cortar por la línea punteada y remitir el presente formulario de "DENUNCIA" de fax al (011) 4324-6767 int. 6001 o bien vía correo a Av. Libertador 6350 (C1428ART), Buenos Aires, Argentina. SIN 130\_Versión 07/2013. LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB