

#RA-1 Rev1

AUTOSEGURO

DENUNCIA DE SINIESTROS LABORALES

Instructivo

Actualización: julio 2024



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

RESPONSABLES

A cargo de la validación y aprobación de este manual/procedimiento.

Subsecretaría de Gestión y Empleo Público

Dirección Provincial de Condiciones Laborales



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

ÍNDICE

Introducción	4
Solicitud de alta de usuario	4
Acceso al sistema	4
Mi cuenta	5
Accidentes y Enfermedades	5
Denuncia	6
a) Finalización de denuncias iniciadas a través del 0800-333-1333	7
Denuncia del siniestro	7
b) Alta de nuevas denuncias	11
c) Consulta de denuncias realizadas	17
Consulta de siniestros	18
Control del documento	20

Introducción

En el marco de la Ley de Riesgos de Trabajo N° 24.557, el empleador debe denunciar ante Provincia ART, los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos. En ese sentido, la Ley cubre las contingencias de accidentes de trabajo, accidentes In Itinere y enfermedad profesional.

Las denuncias de los siniestros se realiza principalmente en forma telefónica a través del 0800-333-1333, pertenecientes a la Coordinación de Emergencias Médicas (CEM) de Provincia ART. Para ello debe contarse únicamente con los datos del/de la trabajador/a y el siniestro ocurrido.

Luego deberá finalizarse la misma ingresando en www.provinciart.com.ar, y continuar el trámite acorde se describe en el presente manual.

Las denuncias de enfermedades profesionales se realizan y finalizan principalmente a través de la página web www.provinciart.com.ar.

Solicitud de alta de usuario

El acceso al sistema se realiza con usuario y contraseña. El otorgamiento de usuario deberá ser solicitado al usuario que posea el perfil de Administrador.

El procedimiento para que el perfil Administrador genere los usuarios de su jurisdicción, se describe en el instructivo de [Gestión de Usuario Administrador Provincia ART, Anexo II](#).

Acceso al sistema

El ingreso al sistema se encuentra en la página de www.provinciart.com.ar. Para acceder a su perfil deberá iniciar sesión con los datos proporcionados por el sistema.

Provincia ART

f in y RZ

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO INICIAR SESIÓN

COMPROMISO ASUMIDO

ATENCIÓN REMOTA: ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

Hoy, a más de un año de su implementación, ampliamos la accesibilidad de la atención remota, permitiendo conectar a los pacientes con los profesionales de la salud mediante videoconsultas, en concordancia con los protocolos preestablecidos por normativa.

[Leer más](#)

TELEMEDICINA

Mi cuenta

Ingresando en esta opción se cuenta con los datos de contacto del Ejecutivo a cargo de la gestión de siniestros del Organismo.



Accidentes y Enfermedades

Seleccionar el botón de **Accidentes y Enfermedades**, para acceder al menú de **Denuncia o Consulta**.



INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO



MI CONTRATO

GESTIÓN DE PREVENCIÓN

REINTEGROS

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

Estimado cliente:

Bienvenido a la Central de Servicios en Línea de Provincia ART, la plataforma que te permite realizar todas las operaciones que necesitás para gestionar tu cobertura de la forma más ágil y segura.

Denuncia

En la opción de **Denuncia** se encuentran tres alternativas de acuerdo a la gestión a realizar:

- A) Finalización de denuncias iniciadas a través del 0800-333-1333 o notificadas a Provincia ART por medio fehaciente como ser telegrama.
- B) Alta de nuevas denuncias.
- C) Consulta de denuncias realizadas.

Las denuncias de los accidentes de trabajo e in itinere se realizan en forma telefónica, a través del 0800-333-1333, y el CEM otorgará un número de denuncia. Asimismo, las denuncias de enfermedades profesionales se deben realizar principalmente ingresando en www.provinciart.com.ar.

Para la realización de la denuncia telefónica debe contarse únicamente con los datos del/de la trabajador/a y el siniestro ocurrido, a fin de que Provincia ART realice la apertura del siniestro en su Sistema.

El número de denuncia que otorgó el CEM será de utilidad para la finalización de la misma, ingresando en la página de Provincia ART. Asimismo, desde la página se podrán realizar consultas sobre el siniestro denunciado.



INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO



MI CONTRATO

GESTIÓN DE PREVENCIÓN

REINTEGROS

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DENUNCIA CONSULTA

DENUNCIAS DE SINIESTROS

>> [Términos y Condiciones de uso](#)

Recordá que consignar la información precisa nos permitirá agilizar la gestión para lograr un mejor seguimiento del caso y una recuperación más rápida de la persona accidentada.

Por favor, seleccioná la gestión que desees realizar:

- // FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS
- // ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS
- // CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS

A) Finalización de denuncias iniciadas a través del 0800-333-1333 o notificadas a Provincia ART por medio fehaciente como ser telegrama.

A efectos de finalizar la denuncia el sistema permite ingresar el número que otorgó el CEM. En caso de no recordarlo puede realizar la búsqueda por número de documento o nombre del/de la trabajador/a accidentado/a.

De lo contrario, presionando el botón **Buscar**, se listarán todas las denuncias de los/als agentes de su jurisdicción, a fin de seleccionar aquella que deba finalizar.

Provincia ART

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO

MI CONTRATO GESTIÓN DE PREVENCIÓN REINTEGROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DENUNCIA CONSULTA

FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS INICIADAS

Para seleccionar la denuncia sobre la cual deseás completar los datos, podés ingresar el número que te otorgó la Coordinación de Emergencias Médicas o el número de documento o el nombre de la persona accidentada.

Nombre de la Persona

Documento de la Persona N° de Denuncia

Fecha de Siniestro Fecha de Denuncia Desde Hasta

Declaración Jurada:
Manifiesto en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados son exactos, reales y actualizados; comprometiéndome a informar en lo inmediato si lo declarado sufriera modificación alguna.

VOLVER **BUSCAR**

Denuncia del siniestro

Identificada la denuncia a finalizar se deberán cargar los siguientes campos del/de la agente que sufriera el siniestro, a fin de concluir con la misma:

- 1) Datos del/de la agente.

DENUNCIA DE SINIESTROS

Ayuda Interactiva

[+] DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

Si el trabajador o trabajadora no se encuentra en la nómina de la empresa, hace **click aquí** para darlo de alta.

C.U.I.L.* Apellido y Nombre*

Email

Estado Civil Nacionalidad Sexo* Femenino Masculino

Fecha Nacimiento* Fecha Ingreso a la Empresa

Domicilio de trabajo habitual **Si no encontrás el establecimiento, podés darlo de alta haciendo click aquí**

2) Domicilio del/de la agente.

En esta pantalla el sistema mostrará el domicilio registrado del/de la trabajador/a siniestrado/a. En caso de que se desee modificar el mismo o el campo esté vacío se debe ingresar al botón **Habilitar Edición**.

[-] DOMICILIO DE LA PERSONA ACCIDENTADA

Provincia	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Localidad	<input style="width: 200px;" type="text" value="Seleccioná la localidad"/>	Código Postal	<input style="width: 50px;" type="text"/> No sé mi CP
Calle	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Número	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Piso	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Departamento	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			HABILITAR EDICIÓN
Puesto	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

3) Datos del Siniestro.

Los reagravamientos no requieren finalización.

Tipo de siniestro: el sistema despliega las opciones de los tipos de siniestros establecidos en la norma, a efectos de identificar el siniestro denunciado. El artículo 6 de la Ley N° 24.557 establece:

Enfermedad Profesional: se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40, apartado 3 de la Ley N° 24.557. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Accidente en el lugar de trabajo o In Itinere: se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del/de la trabajador/a y el lugar de trabajo, siempre y cuando el/la damnificado/a no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

4) Domicilio de ocurrencia del accidente.

[-] DATOS DEL SINIESTRO

Reagravamiento

Tipo de Siniestro *
LUGAR DE TRABAJO

Fecha Siniestro * 07/11/2012 Fecha Recaida

Hora Accidente 11:00 Jorn. Laboral de * - a *

Lugar de Ocurrencia
- SELECCIONAR -

[-] DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Provincia: Seleccioná la Provincia

Localidad: Seleccioná la localidad Código Postal: No sé mi CP

Calle: Introducí al menos 3 caracteres

Número: Piso: Departamento:

Descripción de tareas al momento del accidente (máximo 100 caracteres)

5) Detalle del siniestro.

Descripción del hecho: en este campo se visualiza lo manifestado al momento de efectuar la denuncia ante Provincia ART. No es un campo editable.

Rectificación: en caso de plantear alguna observación respecto de lo citado en el campo de **Descripción del Hecho** se deberá tildar la opción, a fin de manifestar sobre los hechos sobre los cuales se tuvo conocimiento.

Los campos de **Forma del Accidente**, **Agente Material**, **Parte del Cuerpo Lesionada** y **Naturaleza de la Lesión**, se deberán completar atento lo normado por la Resolución N° 3326/14 y modificatorias emitida por Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Es de suma importancia que exista una relación coherente entre cada opción elegida.

[-] DETALLE DEL SINIESTRO

Descripción del Hecho *(máximo 250 caracteres)

Forma del Accidente

Agente Material Parte del Cuerpo Lesionada

Naturaleza de la Lesión Gravedad Presunta

Mano Hábil

Ambas

Accidente de Tránsito

No

Finalmente, en caso de desconocer lo acontecido, adjuntar documentación respaldatoria (ver sección Documentos del presente manual) , o bien dirigir la misma via e-mail a la casilla de correo de Provincia ART: investigaciones@provart.com.ar.

6) Prestaciones médicas.

Seleccionar el prestador médico que le brindó el servicio de atención médica, a través del botón **Buscar Prestador**.

[-] PRESTACIONES MÉDICAS

Utilizá el buscador de Prestadores para localizar dónde fue atendida la persona accidentada.
Si no lo encontrás, por favor detallá la razón social, el domicilio y el teléfono del prestador.

BUSCAR PRESTADOR ✕

Razón Social	Teléfono
Domicilio	

La búsqueda la puede realizar mediante los siguientes filtros.

BUSCAR PRESTADOR
✕

Nombre		Localidad	
Domicilio			

BUSCAR

7) Responsable

Deberán consignarse los datos del/de la responsable de completar la denuncia.

[-] RESPONSABLE

Lugar	
Denunciante	D.N.I.

8) Documentos

En esta sección, el/la responsable de completar la denuncia, podrá acompañar la documentación respaldatoria de los hechos denunciados.

Entre ellas se destaca la denuncia policial en caso de siniestros In Itinere en los cuales haya terceros implicados, o bien cualquier otro tipo de documentación que considere de relevancia.

[-] DOCUMENTOS

Seleccionar archivo Ninguno archivo selec. ?

NOTA:
 Podés subir documentación en formato digital. Se debe escanear un documento por cada archivo: DNI y último recibo de sueldo de la persona accidentada, denuncia policial o exposición civil, en caso de que corresponda. La misma es importante para la gestión del siniestro, aunque la carga sea optativa y no condicione la finalización de la denuncia.
 Los campos marcados con asterisco * son obligatorios.

VOLVER
ENVIAR

B) Alta de nuevas denuncias

Para el caso de los accidentes de trabajo e in itinere, Provincia ART sugiere iniciar la denuncia a través del 0800-333-1333 y luego finalizarla en la página web como se indica en el punto A del presente instructivo.

Sin embargo, las Enfermedades Profesionales pueden iniciarse directamente en la página web www.provinciart.com.ar, para lo cual ingresar desde la opción **Alta de Nuevas Denuncias**.

The screenshot shows the website header with the Provincia ART logo and social media icons. A navigation menu includes: INICIO, NOSOTROS, LÍNEA ÉTICA, SERVICIOS, ROL SOCIAL, NOVEDADES, CONTACTO. Below this is a secondary menu with: MI CONTRATO, GESTIÓN DE PREVENCIÓN, REINTEGROS, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. The 'ACCIDENTES Y ENFERMEDADES' menu item is highlighted in blue. Underneath, there are sub-menu items: DENUNCIA and CONSULTA. The main heading is 'DENUNCIAS DE SINIESTROS' with a link '>> Términos y Condiciones de uso'. Below the heading, a note states: 'Recordá que consignar la información precisa nos permitirá agilizar la gestión para lograr un mejor seguimiento del caso y una recuperación más rápida de la persona accidentada.' A prompt asks: 'Por favor, seleccioná la gestión que desees realizar:' followed by three options:

- // FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS
- // ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS
- // CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS

 A mouse cursor is pointing at the second option, 'ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS'.

En la pantalla de **Nueva Denuncia** se debe seleccionar el botón **Siguiente**.



Provincia ART incorporó el botón de **Ayuda interactiva** a visualizarse en la pantalla de carga, para resolver dudas al momento del desarrollo de la denuncia. Todos los datos obligatorios, se identifican con un asterisco (*).

1) Datos del/de la agente

Formulario para completar la denuncia. En el mismo hay campos relacionados a datos del/de la agente (NO del Empleador): CUIL, Apellido y Nombre, Sexo y Fecha de Nacimiento son obligatorios y se identifican con un asterisco (*). Asimismo, entre los datos no obligatorios se encuentra el Email perteneciente al/ a la agente siniestrado/a.

Al ingresar CUIL o Apellido y Nombre, el sistema devolverá los datos almacenados en la base de personas con la que cuenta Provincia ART, acorde al procedimiento establecido para el envío de nominas de Agentes. [-] **Datos, domicilio y teléfonos de la persona accidentada.**

Se deberá verificar que los mismos se encuentren actualizados, caso contrario pueden ser modificados. Asimismo, la pantalla. [-] **Datos de la persona accidentada permite dar de alta agentes que no se encuentren en la Nómina.**

Respecto al alta de Establecimientos, en lo que refiere al Autoseguro, corresponde seguir el procedimiento establecido a tal efecto.

DENUNCIA DE SINIESTROS

Ayuda Interactiva

[-] DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

Si el trabajador o trabajadora no se encuentra en la nómina de la empresa, hace [click aquí](#) para darlo de alta.

CU.I.L. * Apellido y Nombre *

Email

Estado Civil Nacionalidad Sexo * Femenino Masculino

Fecha Nacimiento * Fecha Ingreso a la Empresa

Domicilio de trabajo habitual **Si no encontras el establecimiento, podés darlo de alta haciendo click aquí**

2) Domicilio del/de la agente

[-] DOMICILIO DE LA PERSONA ACCIDENTADA

Provincia

Localidad Código Postal [No sé mi CP](#)

Calle

Número Piso Departamento

[HABILITAR EDICIÓN](#)

Puesto

El formulario posee campos relacionados a datos del/de la agente (NO del Empleador), permitiendo la edición del mismo desde el botón **Habilitar edición**.

Esta información es de suma importancia para la correcta gestión del siniestro, para poder contactar y ubicar al agente para citarlo, asignarle un turno médico, etc.

Puesto: Se debe informar el puesto de trabajo que corresponda.

3) Teléfono de contacto del/de la agente

En caso de que no se encuentre cargado en la base de datos de Provincia ART o se quiera adicionar otro número, se puede acceder desde el botón **Agregar teléfono**.

TIPO DE TELÉFONO	ÁREA	NÚMERO	INTERNO	PRINCIPAL	OBSERVACIONES	ACCIONES
- SELECCIONAR -				<input type="checkbox"/>		 
- SELECCIONAR -						
Celular						
Laboral						
Particular						

En el caso de que el teléfono devuelto por el sistema sea erróneo se puede modificar de la siguiente manera:

TIPO DE TELÉFONO	ÁREA	NÚMERO	INTERNO	PRINCIPAL	OBSERVACIONES	ACCIONES
Celular	0223	155366286		NO		  EDITAR ELIMINAR

4) Datos del Siniestro

Reagravamiento: el artículo 45 de la Resolución N° 298/17, de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, considera reagravamiento a los efectos de lo previsto en el artículo 14 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, sustitutivo del artículo 46 de la Ley N° 24.557, las secuelas consolidadas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que, como consecuencia de un siniestro posterior, produzcan una incapacidad sobreviniente.

En caso que el siniestro denunciado sea un reagravamiento se deberá tildar la opción habilitada a tal efecto para asociar la denuncia al siniestro original. En ese caso se habilitará el campo **Fecha Recaída** para completar.

Los reagravamientos no requieren finalización.

Tipo de Siniestro: el sistema despliega las opciones de los tipos de siniestros establecidos en la norma, a efectos de identificar el siniestro denunciado.

A tales efectos, el artículo 6 de la Ley N° 24.557 establece:

Enfermedad Profesional: se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de la Ley N° 24.557. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Accidente en el lugar de trabajo o In Itinere: se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del/de la trabajador/a y el lugar de trabajo, siempre y cuando el/la damnificado/a no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Fecha Siniestro: corresponde indicar la fecha de Primera Manifestación Invalidante (PMI). Esta fecha puede no coincidir con la fecha de denuncia del siniestro.

Recordar que los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios.

[-] DATOS DEL SINIESTRO

Reagravamiento No es posible cargar un agravamiento sin un siniestro precedente. ¿Es un siniestro COVID? Sí No

Tipo de Siniestro *

Fecha Siniestro * Fecha Recaida

Hora Accidente - : - : Jorn. Laboral de * - : - : a * - : - :

Lugar de Ocurrencia

5) Domicilio de ocurrencia del siniestro

Descripción de tareas al momento del accidente: Además de la descripción de tareas que realizaba el/la agente al momento del siniestro, en este campo se sugiere informar la CARGA HORARIA del/de la agente, así como también la existencia de PLURIEMPLEO.

[-] DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Provincia

Localidad **Código Postal**

Calle

Número **Piso** **Departamento**

Descripción de tareas al momento del accidente (*máximo 100 caracteres*)

6) Detalle del Siniestro

Descripción del Hecho: en este campo se debe informar el diagnóstico o dolencia del/de la trabajador/a.

[-] DETALLE DEL SINIESTRO

Descripción del Hecho *(máximo 250 caracteres)

Forma del Accidente

Parte del Cuerpo Lesionada

Agente Material

Gravedad Presunta

Naturaleza de la Lesión

Mano Hábil

Ambas

Accidente de Tránsito

No

7) Prestaciones Médicas

En caso que el/la agente haya tenido atención médica, deberá seleccionar el prestador médico que le brindó el servicio a través del botón **Buscar Prestador**.

[-] PRESTACIONES MÉDICAS

Utilizá el buscador de Prestadores para localizar dónde fue atendida la persona accidentada. Si no lo encontrás, por favor detallá la razón social, el domicilio y el teléfono del prestador.

BUSCAR PRESTADOR x

Razón Social

Teléfono

Domicilio

8) Responsable

Deberán consignarse los datos del/de la responsable de completar la denuncia.

[-] RESPONSABLE

Lugar

Denunciante

D.N.I.

9) Documentos

En el siguiente paso se permite, desde el botón **Seleccionar archivo**, la opción de subir documentación relacionada a la denuncia (certificado médico, constancia de atención, etc.). Una vez que todos los datos de la denuncia estén completos, deberá presionar **Enviar**.

[-] DOCUMENTOS

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

NOTA:
Podés subir documentación en formato digital. Se debe escanear un documento por cada archivo. DNI y último recibo de sueldo de la persona accidentada, denuncia policial o exposición civil, en caso de que corresponda. La misma es importante para la gestión del siniestro, aunque la carga sea optativa y no condicione la finalización de la denuncia.
 Los campos marcados con asterisco * son obligatorios.

VOLVER **ENVIAR**

La página dará la opción de descargar la denuncia en PDF para que el/la usuario/a pueda guardar la misma.

C) Consulta de denuncias realizadas

Esta opción permite consultar denuncias realizadas previamente.

Provincia ART

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO

MI CONTRATO GESTIÓN DE PREVENCIÓN REINTEGROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DENUNCIA CONSULTA

DENUNCIAS DE SINIESTROS >> *Términos y Condiciones de uso*

Recordá que consignar la información precisa nos permitirá agilizar la gestión para lograr un mejor seguimiento del caso y una recuperación más rápida de la persona accidentada.

Por favor, seleccioná la gestión que desees realizar:

- // FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS
- // ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS
- // CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS

Consulta de siniestros

Esta opción permite acceder a los datos del siniestro, o bien del historial de siniestros en caso de que la búsqueda sea realizada por CUIL del/de la agente.

Provincia ART

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO

MI CONTRATO GESTIÓN DE PREVENCIÓN REINTEGROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DEPENUNCIA CONSULTA

CONSULTA DE SINIESTROS

>> [Términos y Condiciones de uso](#)

Ingresá el período, C.U.I.L. y/o Nombre para consultar la situación de los siniestros del personal de tu organización.

N° Siniestro: N° Orden: N° Recaida: Siniestro COVID-19

Apellido y Nombre: CUIL:

Establecimiento:

Tipo de Fecha: Desde: Hasta: **APLICAR**

Fecha Siniestro: 24/01/2023 - 25/02/2024

Con Alta Excluyente Sin Alta **BUSCAR**

Provincia ART

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO

MI CONTRATO GESTIÓN DE PREVENCIÓN REINTEGROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DEPENUNCIA CONSULTA

CONSULTA DE SINIESTRO

N° Siniestro: XXXXXXXXXXXXX

Apellido y Nombre: XXXXXXXXXXXXX

C.U.I.L.: XXXXXXXXXXXXX

Fecha de Siniestro: XXXXXXXXXXXXX

Tipo Contingencia: In Itinere

Estado: Activo (Seguimiento de Estado)

F. Recepción de Denuncia: 22/04/2023

Autodenuncia: No

Domicilio Denuncia: XXXXXXXXXXXXX

Descripción: REFIERE QUE SALIENDO DE SU HOGAR AL TRABAJO, SE AGARRA EL DEDO MAYOR IZQ. CON LA PUERTA DE LA CASA.

Prestador:

Diagnóstico: CONTUSIÓN DE DEDO (S) DE LA MANO CON DAÑO DE LA (S) UÑA (S).

Baja Médica: 22/04/2023

Tratamiento: Ambulatorio

Gravedad: LEVE

Fecha Último Control: 22/04/2023

Alta Médica: 24/04/2023

Alta: SI

Tipo de Alta: Fin de Tratamiento.

Días: 3

IMPRIMIR

COMUNICACIONES DEL SINIESTRO

Tipo de Comunicación

Todas 

BUSCAR

(*) OBSERVACIÓN: Le recordamos que es su obligación ingresar en el sitio web de AFIP con su clave fiscal para ver todas las notificaciones y comunicaciones emitidas por Ventanilla Electrónica.

VOLVER

Control del documento

Versión	Responsable de contenido	Descripción	Pág.	Fecha
1	Dirección de Seguridad Laboral	Original	-	Julio 2024



CONTACTO

Por consultas comunicarse a:



dir.seguridadlaboral@gmail.com

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD LABORAL

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE CONDICIONES LABORALES

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN Y EMPLEO PÚBLICO

SECRETARÍA GENERAL



**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**