

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL

1. INSTRUCCIONES:

A los efectos de llevar a cabo la denuncia por enfermedad profesional ante la Aseguradora de Riesgos del Trabajo ASOCIART ART, la misma se podrá efectuar a través de alguno de los siguientes medios:

- ASOCIART ONLINE.
- CORREO ELECTRÓNICO.

A. ASOCIART ONLINE.

El Referente Administrativo, para registrar la denuncia por Accidente Laboral de forma **online**, deberá:

1.1 Acceder a la plataforma desde el sitio www.asociart.com.ar.

1.2 Hacer clic con botón izquierdo del mouse sobre solapa **SOY CLIENTE**.

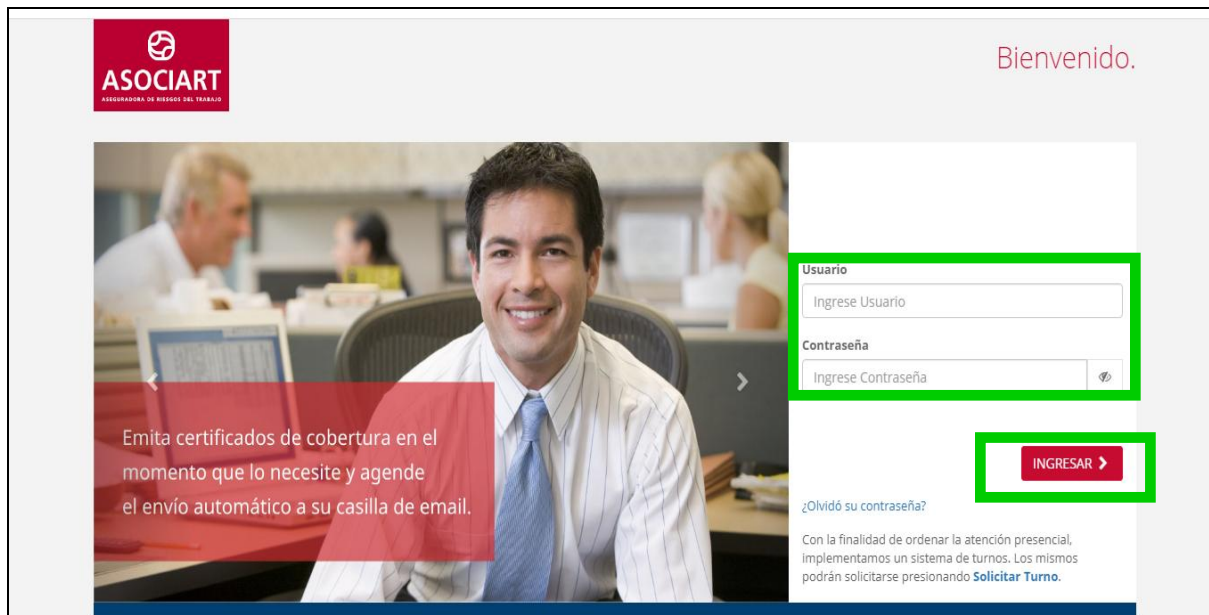


1.3 Hacer click sobre **Acceso Asociart Online**.

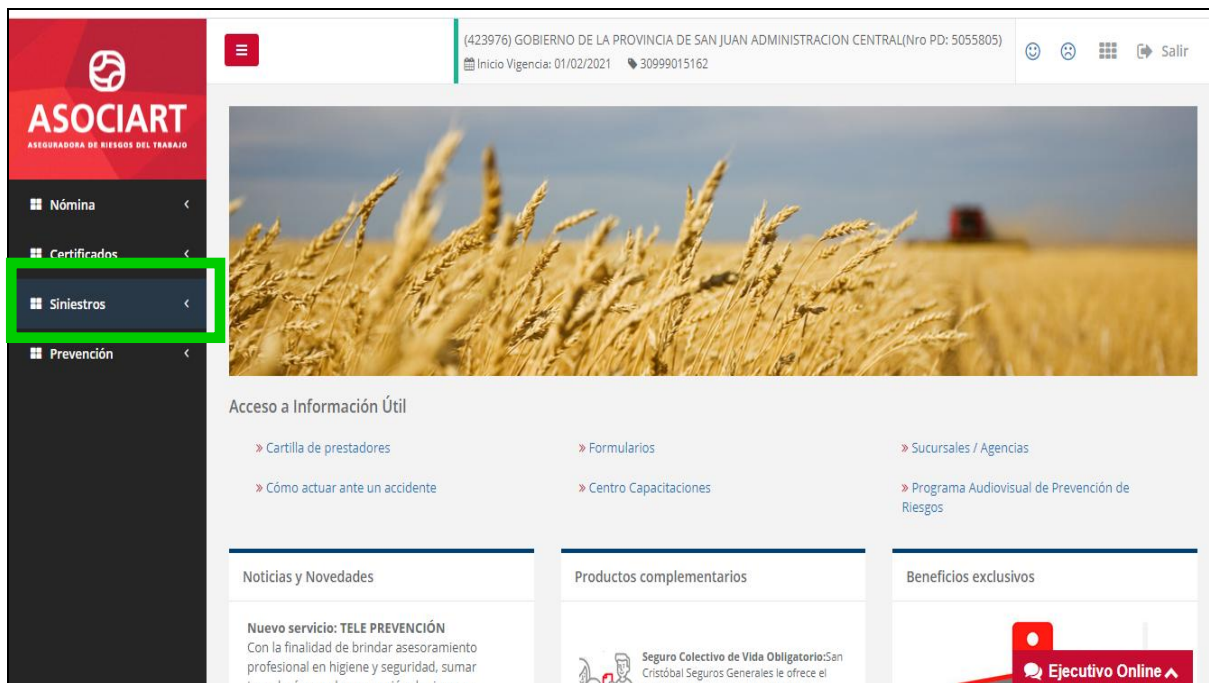


MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.4 Colocar **Usuario** y **Contraseña**, a continuación, hacer click en botón **Ingresar**.

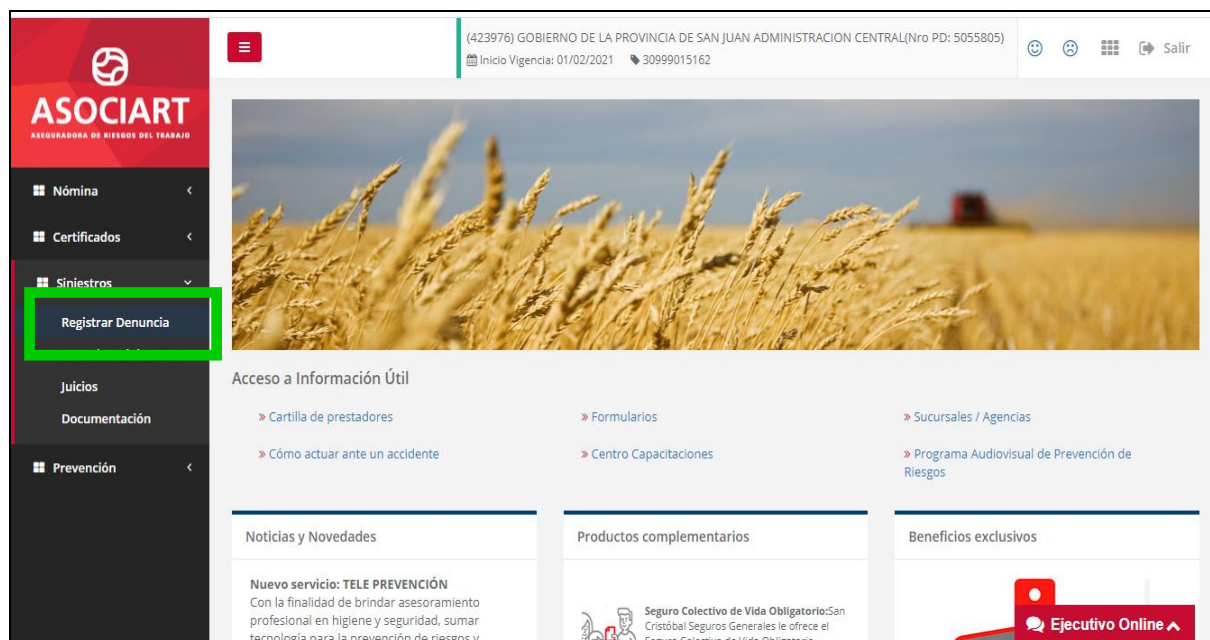


1.5 Hacer click en la solapa **Siniestros**.



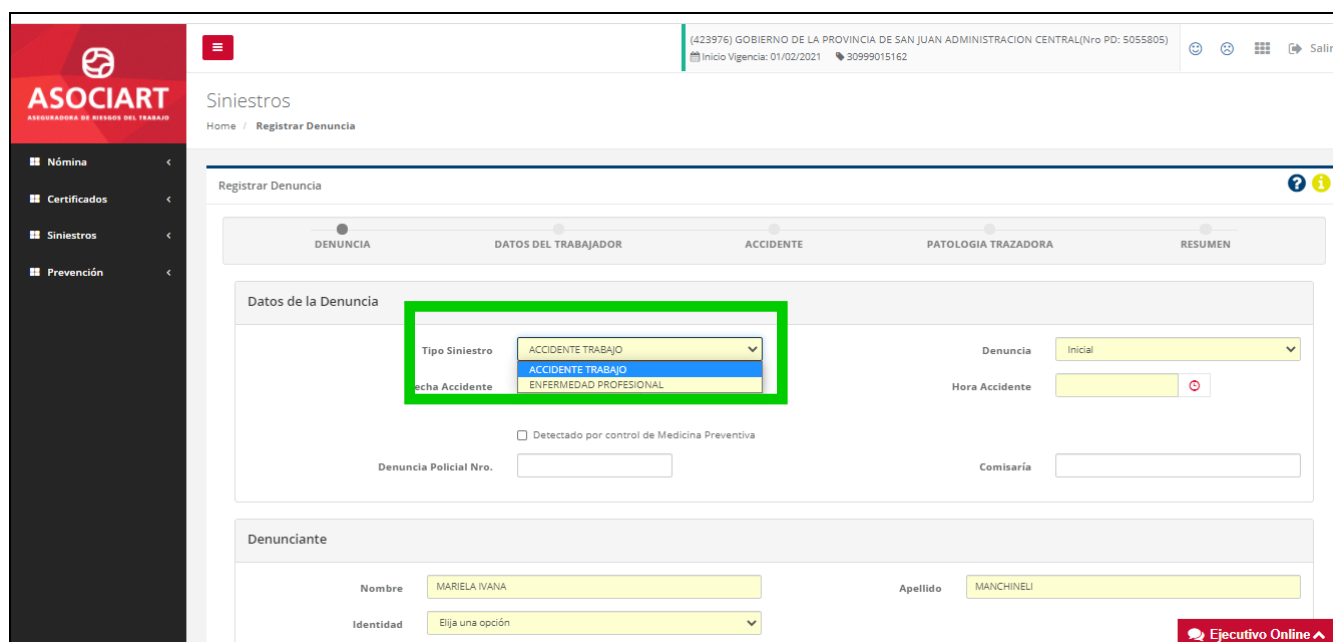
MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.6 Hacer click en **Registrar Denuncia**.



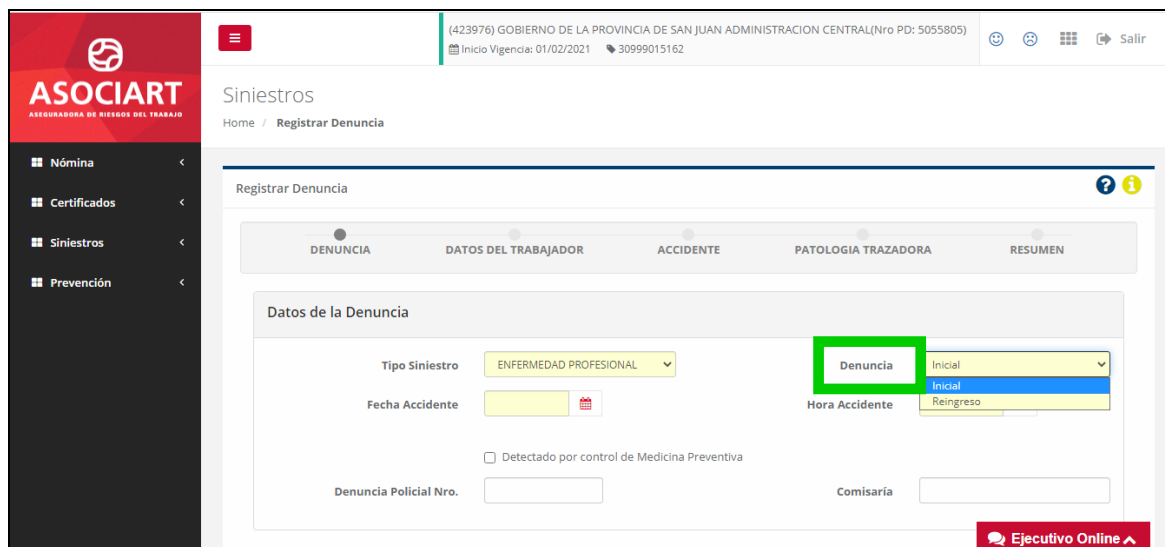
1.7 Completar con los siguientes datos haciendo click en cada solapa y seleccionando la opción correcta, tal como se indica a continuación:

Tipo de Siniestro: Accidente de trabajo.



MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

Denuncia: Inicial.



ASOCIART ASESURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Siniestros

Home / Registrar Denuncia

Registrar Denuncia

DENUNCIA DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTE PATOLOGIA TRAZADORA RESUMEN

Datos de la Denuncia

Tipo Siniestro: ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha Accidente: [Calendar Icon]

Denuncia: Inicial

Hora Accidente: [Time Picker]

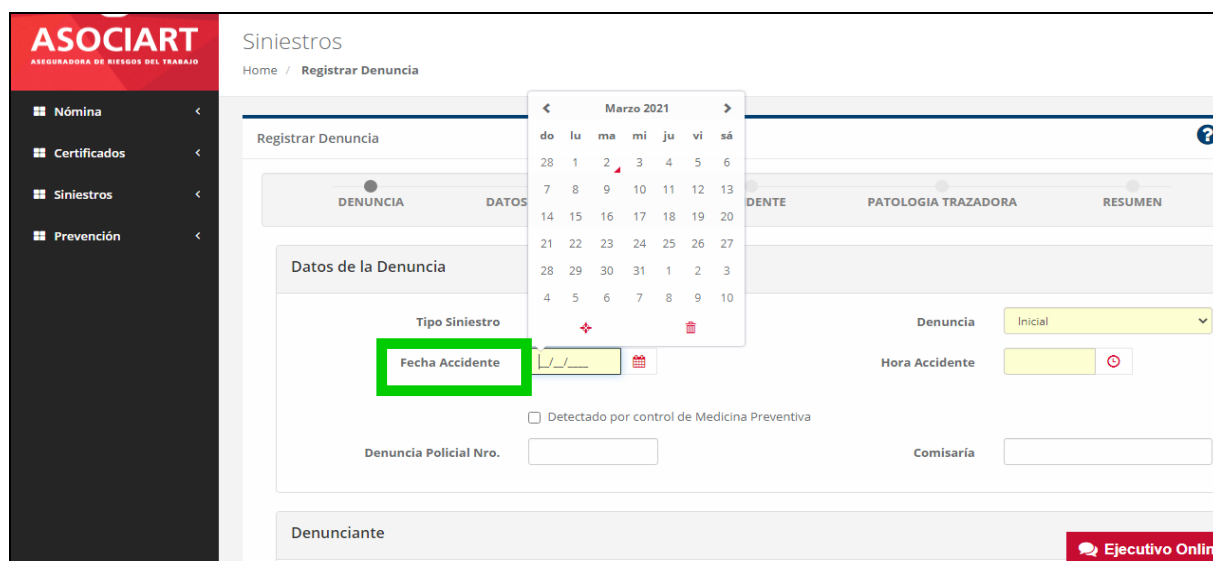
☐ Detectado por control de Medicina Preventiva

Denuncia Policial Nro.: [Text Field]

Comisaría: [Text Field]

Ejecutivo Online

Fecha Accidente: Corresponde colocar la fecha de la primera manifestación invalidante.



ASOCIART ASESURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Siniestros

Home / Registrar Denuncia

Registrar Denuncia

DENUNCIA DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTE PATOLOGIA TRAZADORA RESUMEN

Datos de la Denuncia

Tipo Siniestro: [Dropdown]

Fecha Accidente: [Calendar Icon]

☐ Detectado por control de Medicina Preventiva

Denuncia Policial Nro.: [Text Field]

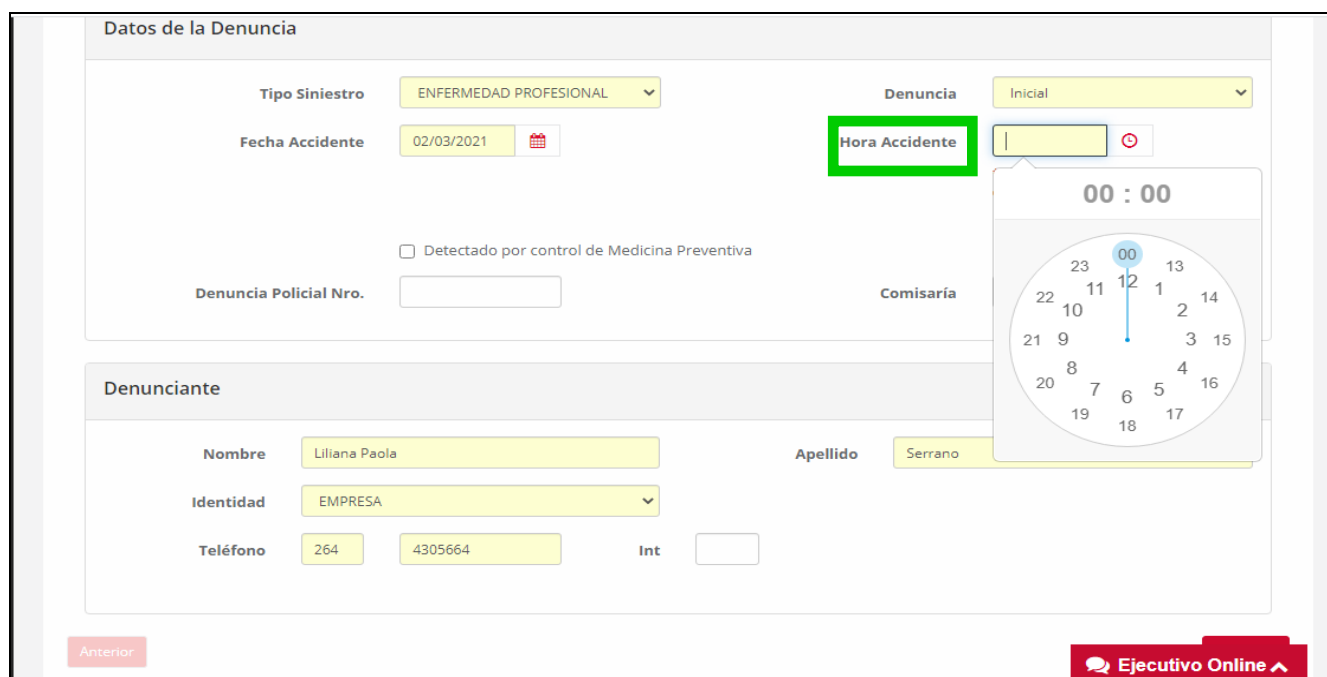
Comisaría: [Text Field]

Denunciante: [Text Field]

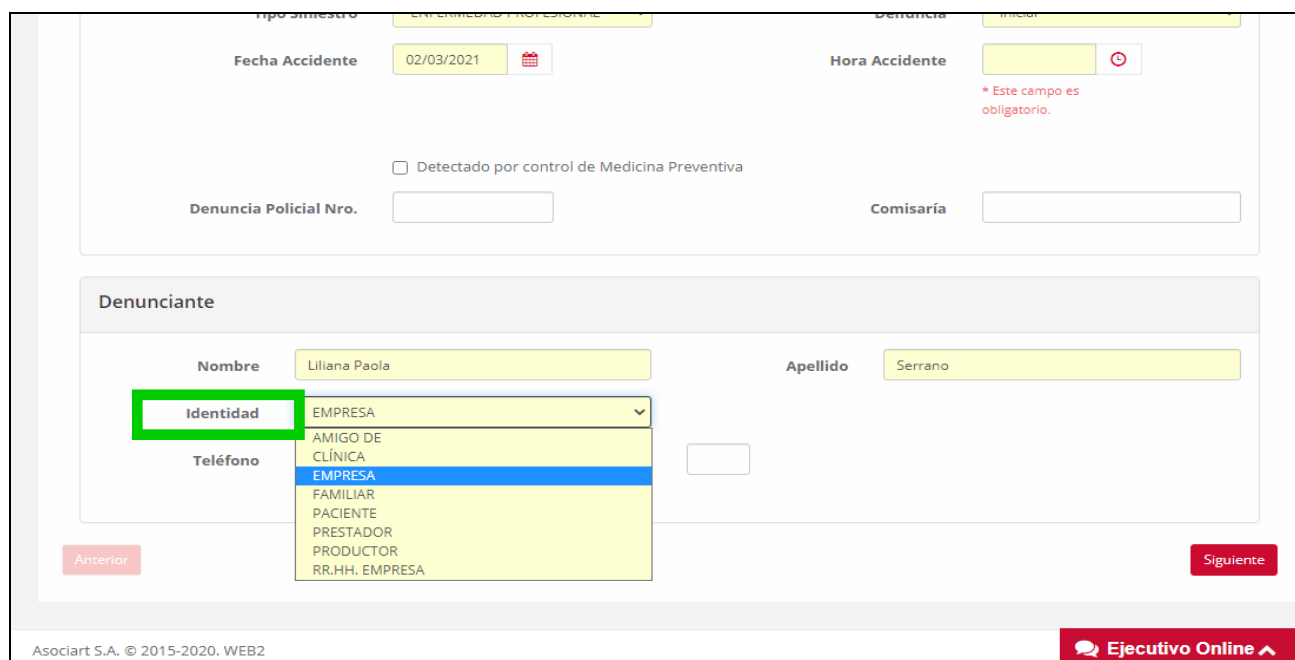
Ejecutivo Online

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

Hora Accidente: colocar la hora en que se produjo el accidente, ya que es un campo que debe completarse obligatoriamente.



Identidad: Selección "EMPRESA", del listado desplegable.



MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.8 Hacer click en **Siguiente**.

Datos de la Denuncia

Tipo Siniestro

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Denuncia

Inicial

Fecha Accidente

02/03/2021

Hora Accidente

8:00

☐ Detectado por control de Medicina Preventiva

Denuncia Policial Nro.

Comisaría

Denunciante

Nombre

Liliana Paola

Apellido

Serrano

Identidad

EMPRESA

Teléfono

264

4305664

Int

Anterior

Siguiente

Ejecutivo Online

1.9 Completar con **Número de CUIL** y presionar la tecla Tabulador del teclado para continuar completando los campos de: **Fecha de nacimiento – Email – Teléfono**.



Nómina

Certificados

Siniestros

Prevención

(423976) GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN ADMINISTRACION CENTRAL(Nro PD: 5055805)

Inicio Vigencia: 01/02/2021 30999015162

Salir

Siniestros

Home / Registrar Denuncia

Registrar Denuncia

DENUNCIA

DATOS DEL TRABAJADOR

ACCIDENTE

PATOLOGIA TRAZADORA

RESUMEN

Trabajador

C.U.I.L.

Apellido

Nombre

Sexo

Masculino

Nacionalidad

ARGENTINA

Fecha Nacimiento

Email

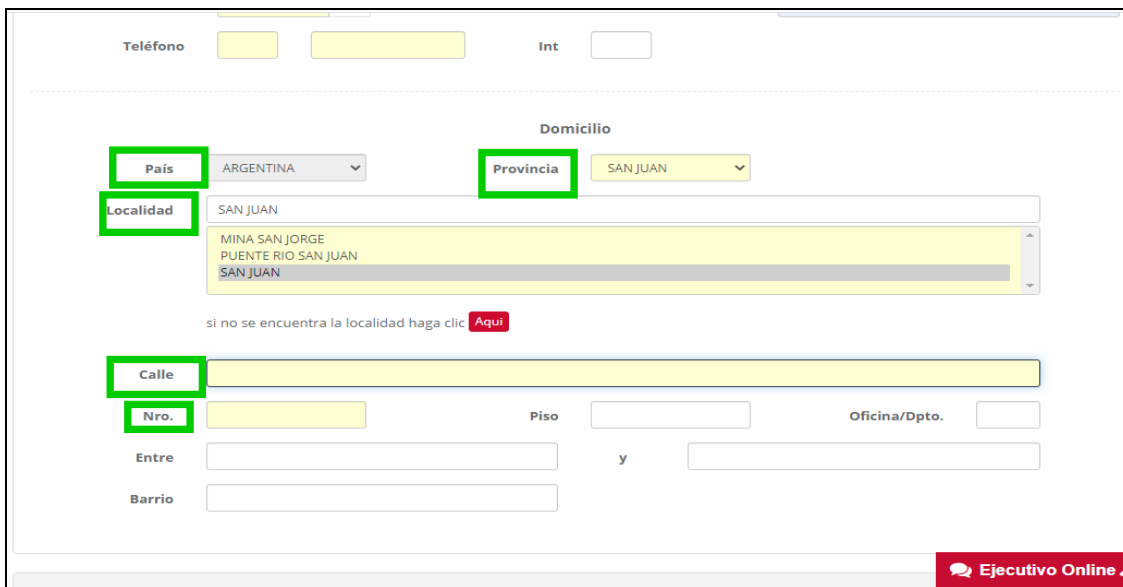
Teléfono

Int

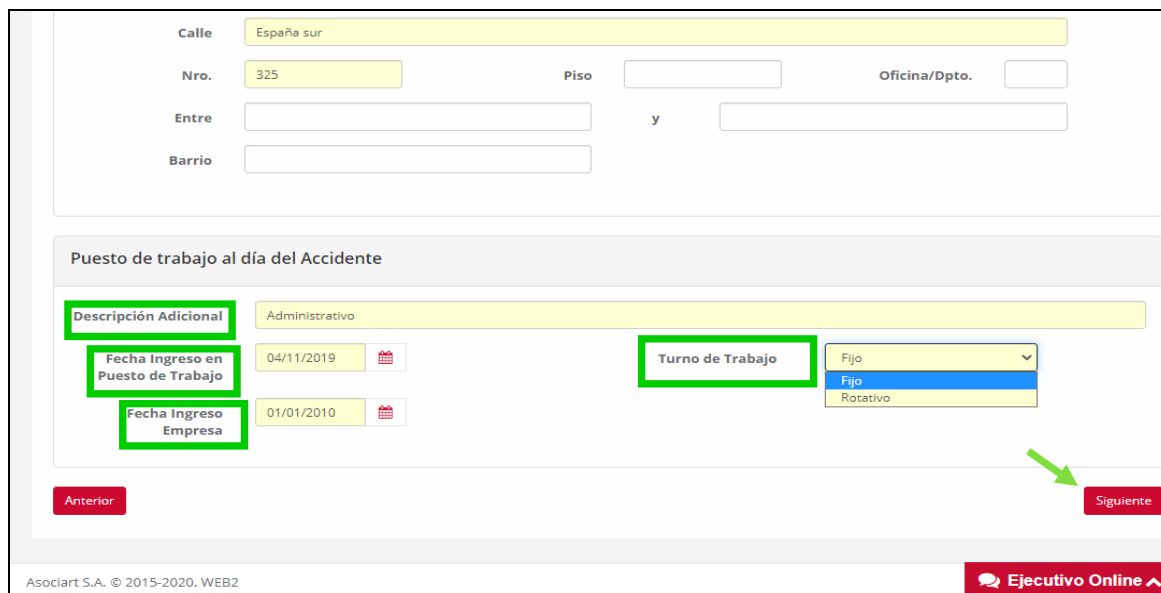
Ejecutivo Online

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.10 Seleccionar: País – Provincia – Localidad y completar: Calle – Número.

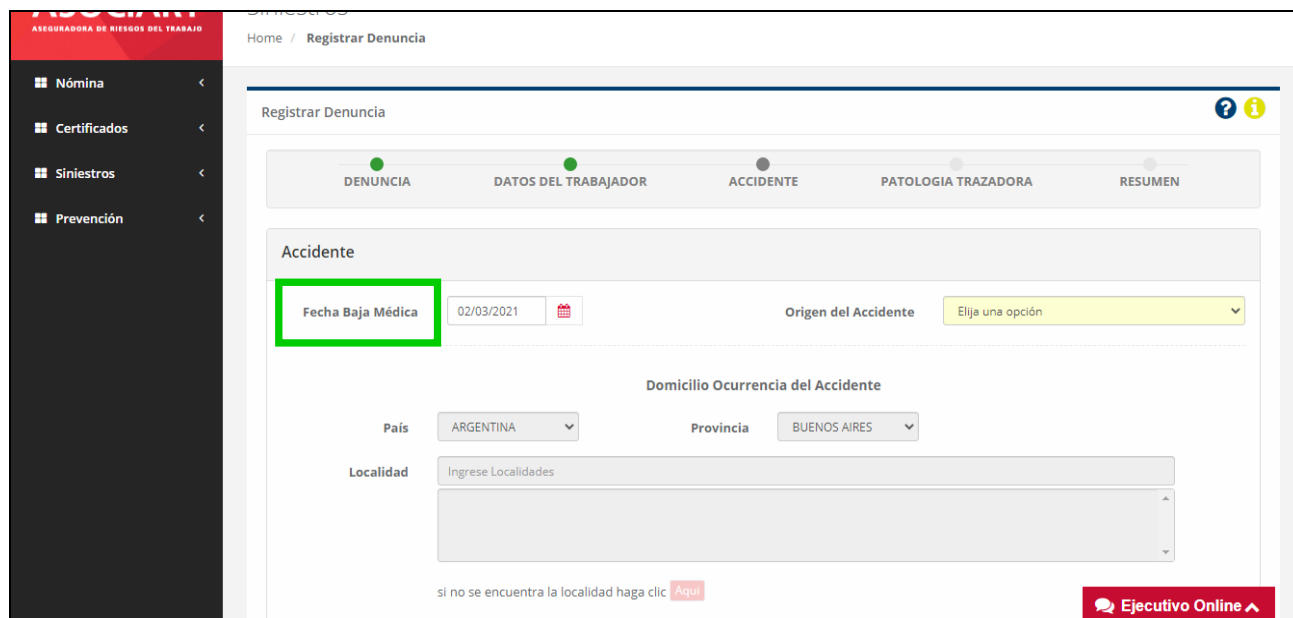


1.11 Completar: Descripción Adicional (puesto de trabajo que tiene el empleado afectado) – Fecha Ingreso en Puesto de Trabajo – Fecha Ingreso Empresa – Turno de Trabajo y luego presionar Siguiente

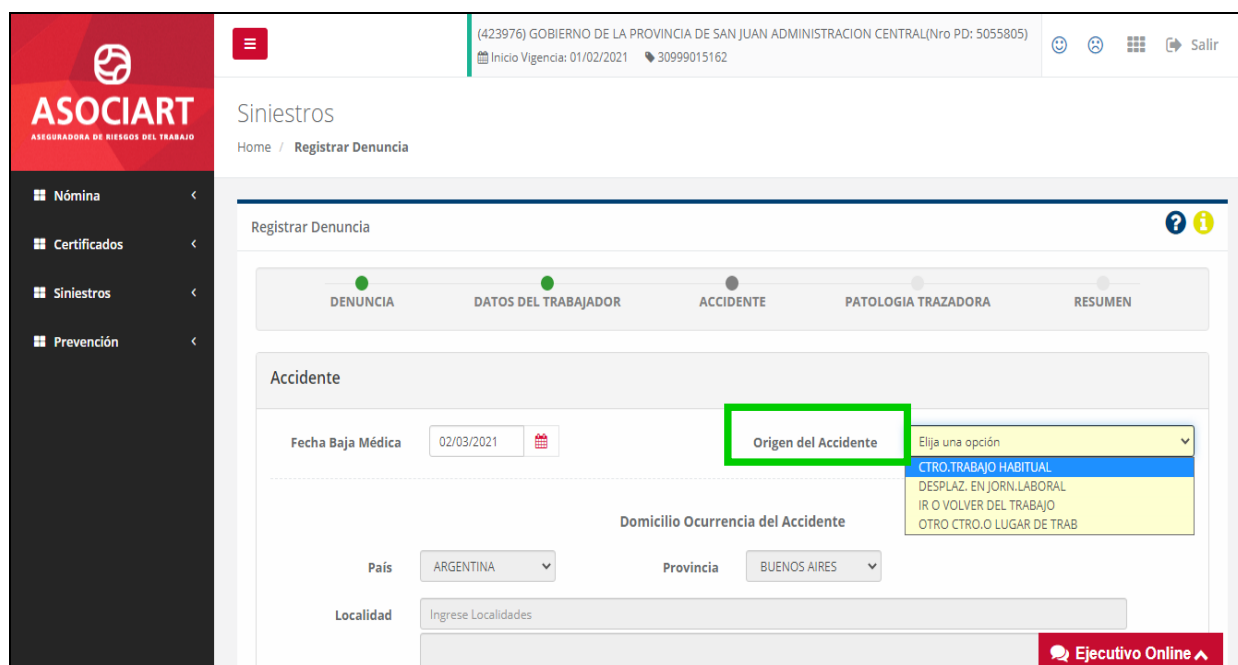


MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.12 Completar Fecha Baja Médica: no es obligatorio completar este campo, en caso de hacerlo, colocar la fecha en que el empleado se presentó en el prestador médico.



1.13 Seleccionar del listado desplegable de Origen del Accidente la opción que corresponda.



MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.14 Seleccionar: **Establecimiento – País – Provincia – Localidad.**

Domicilio Ocurrencia del Accidente

Establecimiento 1545, AV IGNACIO D ELA ROZA - 1 2 7 y, SAN JUAN, SAN JL ▾

☐ Ninguno de los establecimientos anteriores corresponde al Centro de Trabajo Habitual del Trabajador

País ARGENTINA ▾ **Provincia** SAN JUAN ▾

Localidad SAN JUAN

PUENTE RIO SAN JUAN
SAN JUAN

si no se encuentra la localidad haga clic [Aqui](#)

Calle AV IGNACIO D ELA ROZA

Nro. 1 **Piso** 2 **Oficina/Dpto.** 7 y

Entre AVENIDA ESPAÑA **y**

Barrio

 Ejecutivo Online ^

1.15 Completar: **Horario de Jornada.** En Descripción de accidente: detallar como ocurrió el accidente- **Lugar de derivación:** escribir el lugar del prestador designado por Asociart ART, luego, presionar botón **Siguiente**.

Barrio

Jornada de Accidente

De 7:00 A 13:00

Descripción del accidente

Lugar de Derivación

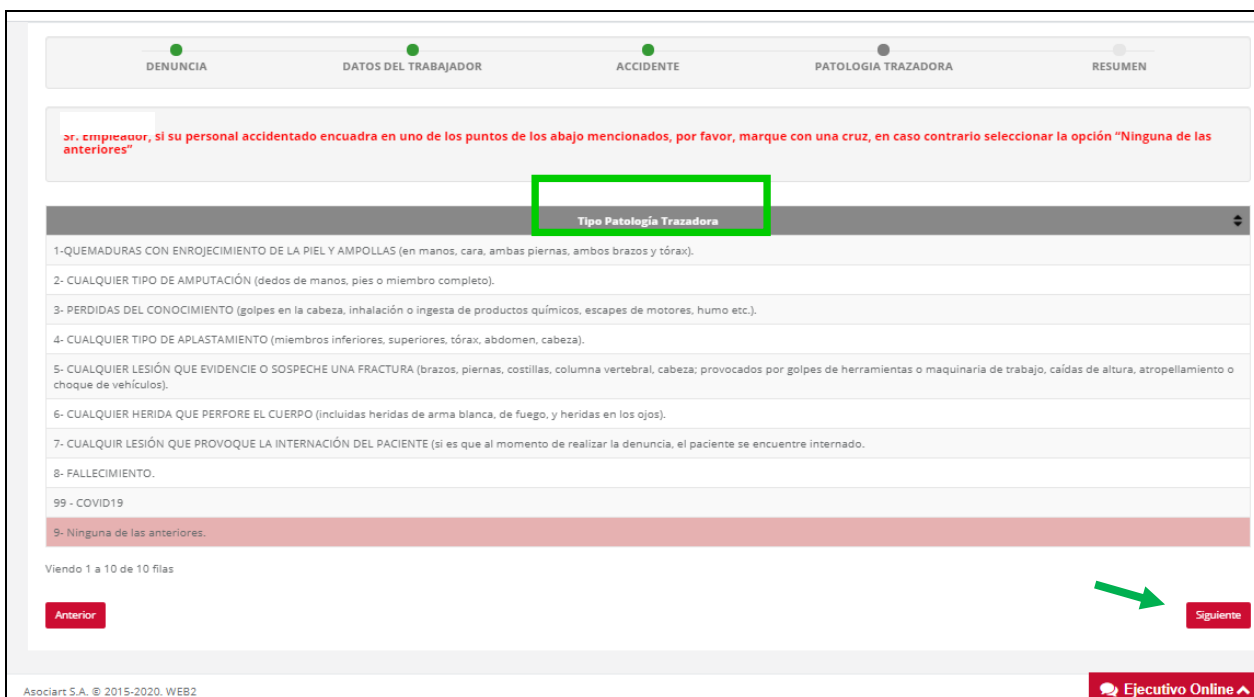
Anterior **Siguiente**

sociart S.A. © 2015-2020. WEB2

 Ejecutivo Online ^

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.16 Marcar en **Tipo de Patología Trazadora:** si el accidente corresponde a alguna de las opciones del listado, seleccionarla, de lo contrario, seleccionar “9-Ninguna de las anteriores” y presionar botón **Siguiente**.



Dr. empresario, si su personal accidentado encuadra en uno de los puntos de los abajo mencionados, por favor, marque con una cruz, en caso contrario seleccionar la opción "Ninguna de las anteriores"

Tipo Patología Trazadora

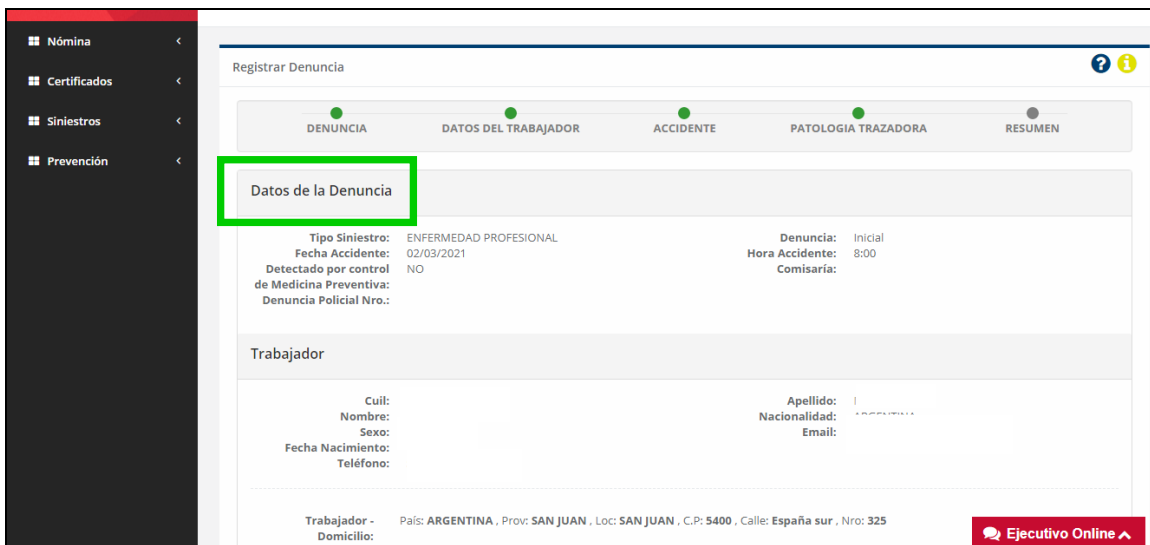
- 1-QUEMADURAS CON ENROJECIMIENTO DE LA PIEL Y AMPOLLAS (en manos, cara, ambas piernas, ambos brazos y tórax).
- 2- CUALQUIER TIPO DE AMPUTACIÓN (dedos de manos, pies o miembro completo).
- 3- PERDIDAS DEL CONOCIMIENTO (golpes en la cabeza, inhalación o ingesta de productos químicos, escapes de motores, humo etc.).
- 4- CUALQUIER TIPO DE APLASTAMIENTO (miembros inferiores, superiores, tórax, abdomen, cabeza).
- 5- CUALQUIER LESIÓN QUE EVIDENCIE O SOSPECHE UNA FRACTURA (brazos, piernas, costillas, columna vertebral, cabeza; provocados por golpes de herramientas o maquinaria de trabajo, caídas de altura, atropellamiento o choque de vehículos).
- 6- CUALQUIER HERIDA QUE PERFORE EL CUERPO (incluidas heridas de arma blanca, de fuego, y heridas en los ojos).
- 7- CUALQUIER LESIÓN QUE PROVOQUE LA INTERNACIÓN DEL PACIENTE (si es que al momento de realizar la denuncia, el paciente se encuentre internado).
- 8- FALLECIMIENTO.
- 99 - COVID19
- 9- Ninguna de las anteriores.

Viendo 1 a 10 de 10 filas

[Anterior](#) [Siguiente](#)

Asociart S.A. © 2015-2020. WEB2 [Ejecutivo Online](#)

1.17 Verificar **Datos de la Denuncia.**



Registrar Denuncia

DENUNCIA **DATOS DEL TRABAJADOR** **ACCIDENTE** **PATOLOGIA TRAZADORA** **RESUMEN**

Datos de la Denuncia

Tipo Sinistro: ENFERMEDAD PROFESIONAL
Fecha Accidente: 02/03/2021
Detectado por control de Medicina Preventiva: NO
Denuncia Policial Nro.:
Denuncia: Inicial
Hora Accidente: 8:00
Comisaría:

Trabajador

Cuil:
Nombre:
Sexo:
Fecha Nacimiento:
Teléfono:
Apellido:
Nacionalidad:
Email:

Trabajador - Domicilio: País: ARGENTINA, Prov: SAN JUAN, Loc: SAN JUAN, C.P: 5400, Calle: España sur, Nro: 325

[Ejecutivo Online](#)

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.18 Presionar botón **Registrar Denuncia**.

De: Descripción del accidente:

A: 13:00

Lugar de Derivación

HOSPITAL RAWSON

Denunciante

Nombre: Identidad:

Apellido: Teléfono:

Tipo Patología Trazadora

99 - COVID19

Anterior

Registrar Denuncia

Asociart S.A. © 2015-2020. WEB2

Ejecutivo Online

1.19 Registrada la Denuncia, debe verificarla haciendo click en la solapa **Siniestros** y luego en **Consultar Siniestros**.

ASOCIART

Nómina

Certificados

Siniestros

Registrar Denuncia

Consultar Siniestros

Juicios

Documentación

Prevención

(423976) GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN ADMINISTRACION CENTRAL(Nro PD: 5055805)

Inicio Vigencia: 01/02/2021 30999015162

Salir

Acceso a Información Útil

Cartilla de prestadores

Formularios

Sucursales / Agencias

Cómo actuar ante un accidente

Centro Capacitaciones

Programa Audiovisual de Prevención de Riesgos

Noticias y Novedades

Productos complementarios

Beneficios exclusivos

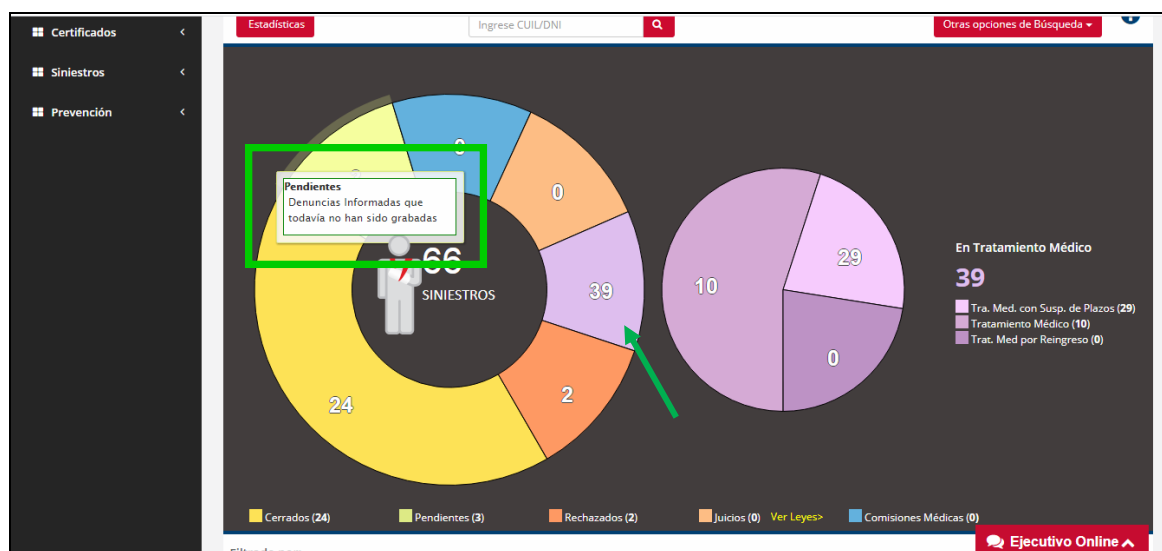
Nuevo servicio: TELE PREVENCIÓN

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio: San Cristóbal Seguros Generales le ofrece el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

Ejecutivo Online

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

1.20 Hacer clic sobre el Sector **Pendientes**.



Nota: Al día siguiente o a partir de las 24 hs de registrada la denuncia, la misma estará disponible en el sector de **Tratamiento Médico**.

1.21 Imprimir denuncia realizando click en el botón **Más** y luego en **Imprimir**.

■ Cerrados (24) ■ Pendientes (3) ■ Rechazados (2) ■ Juicios (0) Ver Leyes ■ Comisiones Médicas (0)

Filtrado por: Pendientes x

PDF Mail

Nro. Siniestro	Apellido	Nombre	C.U.I.L.	Fecha Accidente	Fecha Denuncia	Fecha Prob. Alta	Alta Médica	Días Trans.	Tipo de Siniestro	Grado Lesión	
99-1458687				02/03/2021	03/03/2021				2 ENFERMEDAD PROFESIONAL		Más
99-1458581				03/03/2021	03/03/2021				1 ACCIDENTE LABORAL		Más
99-1458534				02/03/2021	02/03/2021				2 ACCIDENTE TRABAJO		Más

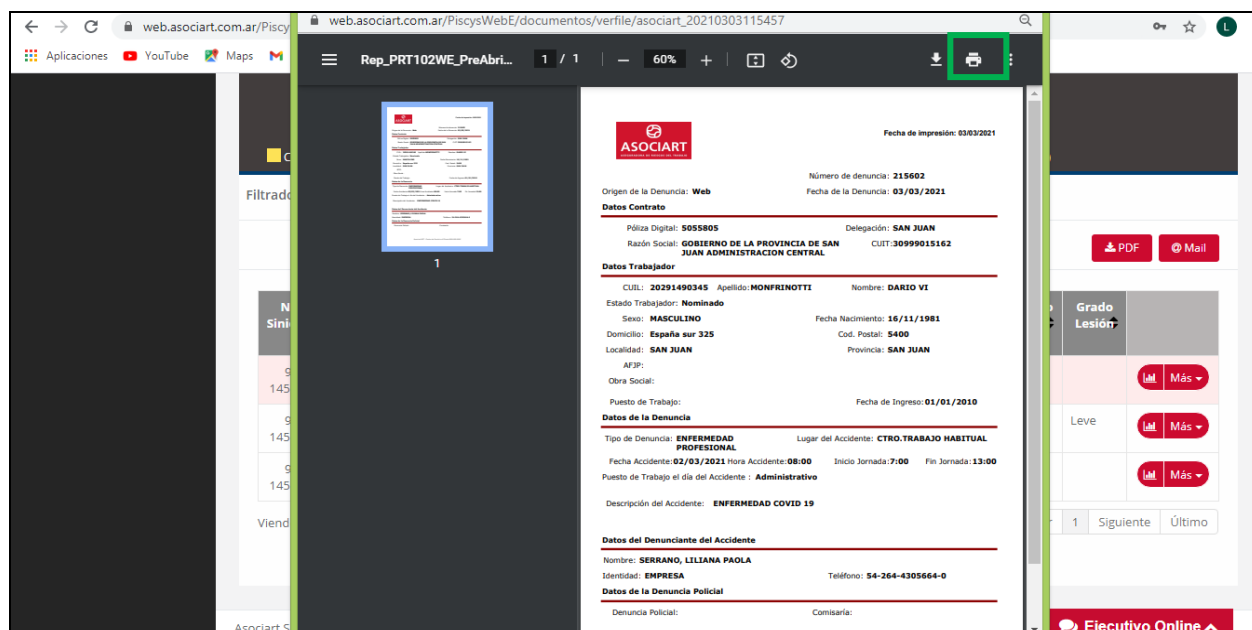
Viendo 1 a 3 de 3 filas

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Asociart S.A. © 2015-2020. WEB2

Ejecutivo Online

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:



web.asociart.com.ar/PiscysWebE/documentos/verfile/asociart_20210303115457

Rep_PRT102WE_PreAbri... 1 / 1 60% +

Fecha de impresión: 03/03/2021

Número de denuncia: 215602
Fecha de la Denuncia: 03/03/2021

Origen de la Denuncia: Web

Póliza Digital: 5055805 Delegación: SAN JUAN
Razón Social: GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN ADMINISTRACION CENTRAL CUIT: 30999015162

Datos Trabajador

CUIL: 20291490345 Apellido: MONFRINOTTI Nombre: DARIO VI
Estado Trabajador: Nominado
Sexo: MASCULINO Fecha Nacimiento: 16/11/1981
Domicilio: España sur 325 Cod. Postal: 5400
Localidad: SAN JUAN Provincia: SAN JUAN
AFJP:
Obra Social:
Puesto de Trabajo:
Fecha de Ingreso: 01/01/2010

Datos de la Denuncia

Tipo de Denuncia: ENFERMEDAD PROFESIONAL Lugar del Accidente: CTRO.TRABAJO HABITUAL
Fecha Accidente: 02/03/2021 Hora Accidente: 08:00 Inicio Jornada: 7:00 Fin Jornada: 13:00
Puesto de Trabajo el día del Accidente: Administrativo
Descripción del Accidente: ENFERMEDAD COVID 19

Datos del Denunciante del Accidente

Nombre: SERRANO, LILIANA PAOLA
Identidad: EMPRESA Teléfono: 54-264-4305664-0

Datos de la Denuncia Policial

Denuncia Policial:
Comisaría:

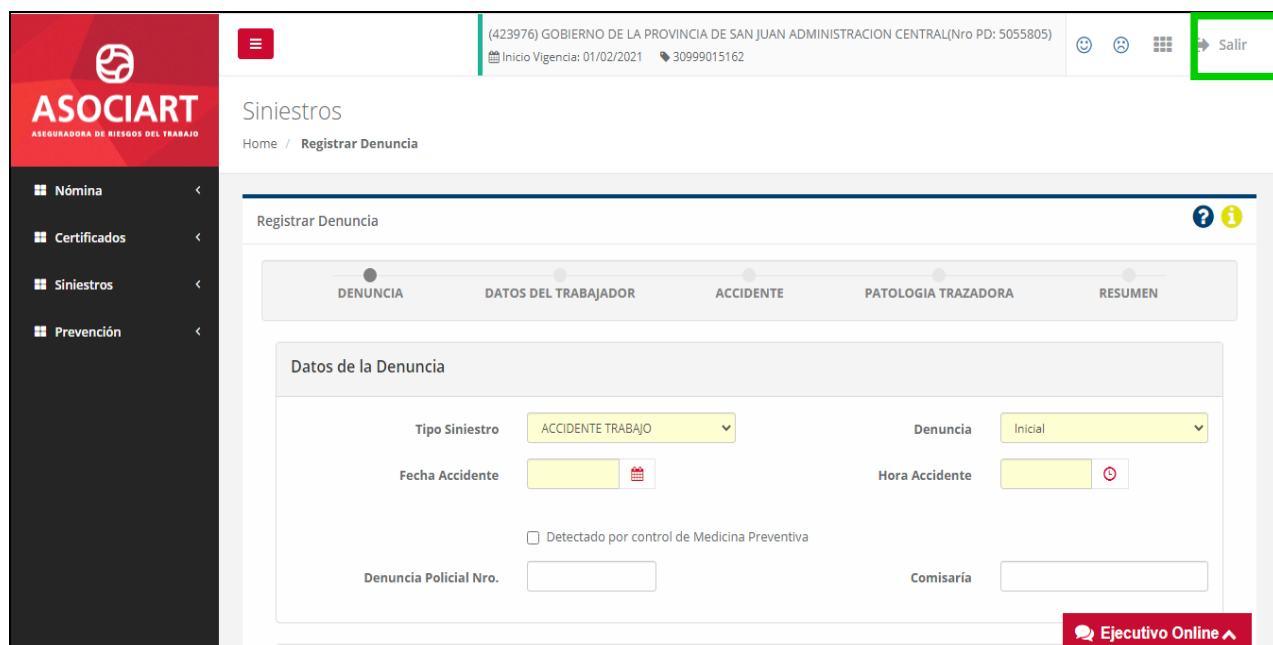
PDF Mail

Grado Lesión: Leve Más

1 Siguiente Último

Ejecutivo Online

1.22 Presionar botón **Salir** al concluir con el Registro de Denuncia.



(423976) GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN ADMINISTRACION CENTRAL(Nro PD: 5055805)
Inicio Vigencia: 01/02/2021 30999015162

ASOCIART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Siniestros
Home / Registrar Denuncia

Registrar Denuncia

DENUNCIA DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTE PATOLOGIA TRAZADORA RESUMEN

Datos de la Denuncia

Tipo Siniestro: ACCIDENTE TRABAJO Denuncia: Inicial

Fecha Accidente: Hora Accidente:

☐ Detectado por control de Medicina Preventiva

Denuncia Policial Nro. Comisaría:

Ejecutivo Online

B. CORREO ELECTRÓNICO.

El Referente Administrativo, en función de realizar la denuncia por enfermedad profesional por medio de **correo electrónico**, debe completar y enviar en adjunto la siguiente documentación a la dirección de correo gsi@asociart.com.ar, para ello deberá:

1.1 Acceder a la plataforma desde el sitio www.asociart.com.ar.

1.2 Hacer click sobre solapa **SOY CLIENTE**.

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:



1.3 Hacer click en **Descarga de Formularios.**



1.4 Buscar en listado **“Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional”** y luego hacer click en el botón .

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

> Prestaciones

Solicitud de Atención

Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional

Tabla de códigos para completar la Denuncia de Accidente

Denuncia de Accidente sin Baja Laboral

Solicitud Transferencia Electrónica

Rescisión Transferencia Electrónica

Adhesión retiro de cheque ICBC

Constancia de Solicitud de Reingreso (Centros Médicos Asociat)

Constancia de Solicitud de Reingreso (Prestadores Externos)

Constancia Asistencia Fin de Tratamiento

Convenio de liquidación de prestaciones dinerarias

Convenio de liquidación de prestaciones dinerarias - Casas particulares

Rescisión Convenio de liquidación de prestaciones dinerarias

Rescisión Convenio de liquidación de prestaciones dinerarias - Casas particulares

Constancia de Dispensa (Resolución ART 38/20)

Ejecutivo Online

1.5 Descargar el formulario “**Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional**” y luego imprimirlo. En caso de que al hacer en descargar, no se descargue, proceder de acuerdo a lo indicado en el punto.

Asociart_denuncia_Accidente.ai

1 / 1 | 100% +

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

ART N° 1294-6 - CUIT 30-48027322-0

EMPLEADOR

Nombre de la empresa CUIT Póliza N° CIU
Domicilio Localidad Provincia CP
Tel Fax Email

ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre CUIT ocurrencia o detección Código Establecimiento
CIU Domicilio Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección CP Empresa subcontratada ☐ Si ☐ No

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre Tipo y N° de documento
CUIL Nacionalidad Tel Fecha de nacimiento / / Sexo ☐ M ☐ F
Domicilio Localidad Provincia CP

Estado ☐ Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión Hecho

Fecha de ingreso en la empresa / / Fecha de ingreso al establecimiento / / Turno de trabajo habitual ☐ Fijo ☐ Rotativo
Jornada habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico / /
Obra social Sistema Jubilatorio ☐ Reparto ☐ Capitalización AFJP
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional Antigüedad
Puesto de trabajo anterior Antigüedad
CBU

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

☐ Accidente de trabajo ☐ Enfermedad profesional
☐ En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o volver del trabajo ☐ Desplazamiento en su jornada laboral ☐ Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / / Horario de la jornada el día del accidente Hora accidente

1.6 Completar el formulario “**Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional**” de la siguiente manera:

MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

A- Gobierno de la Provincia de San Juan Administración Central
B- Policía Provincia de San Juan

A- 30-99901516-2
B- 30-64699743-3

A- 5055805
B- 5055828

CIART
CENTRO INTEGRADO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CUIT 30-68627333-0

EMPLEADOR

Nombre de la empresa _____ CUIT _____ Póliza N° _____ CIU _____

Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ CP _____

Tel _____ Fax _____ Email _____

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

☒ Accidente de trabajo
☐ En el trabajo ☐ En ruta hacia o desde el lugar de trabajo ☐ Al ir o volver del trabajo ☐ Desplazamiento en su jornada laboral ☐ Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / / Horario de la jornada el día del accidente _____ Hora accidente _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral _____ / _____ / _____ Realizaba una tarea habitual al momento del accidente ☐ Si ☐ No

Descripción del accidente y sus consecuencias _____

Agente material asociado Diagnóstico 1 2 3

Naturaleza de la lesión 1 2 3

Forma del accidente Zona del cuerpo afectada 1 2 3

ENFERMEDAD PROFESIONAL

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

Lugar _____

Fecha _____

LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WEB

Firma del denunciante _____

Adaración del denunciante _____

DNI del denunciante _____

www.asociart.com.ar / CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE 0800-888-0095

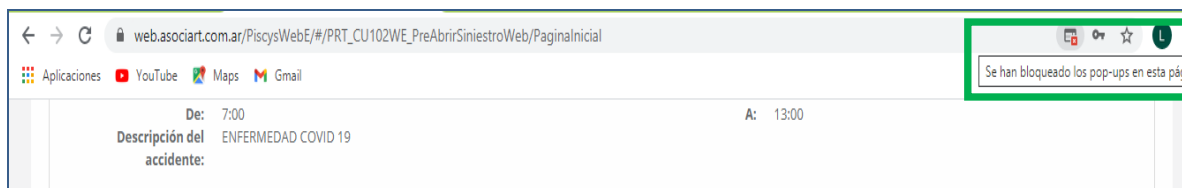
1.7 Escribir correo electrónico a la dirección de correo gsj@asociart.com.ar , adjuntando:

- **Escaneo del formulario completo de “Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional”** firmado y sellado por el Jefe de la Repartición donde trabaja el agente contagiado.

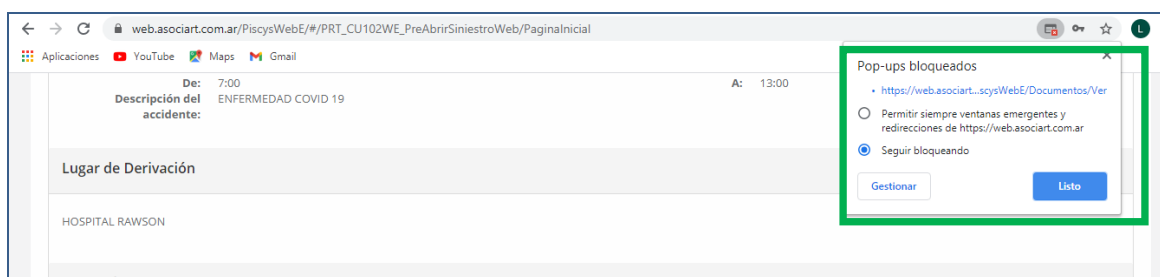
2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

A-ASOCIART ONLINE: si al seleccionar la opción REGISTRAR DENUNCIA, aparece un ícono en la barra superior con la leyenda **“Se han bloqueado los...”**, desbloquee del navegador las ventanas emergentes, de la siguiente manera:

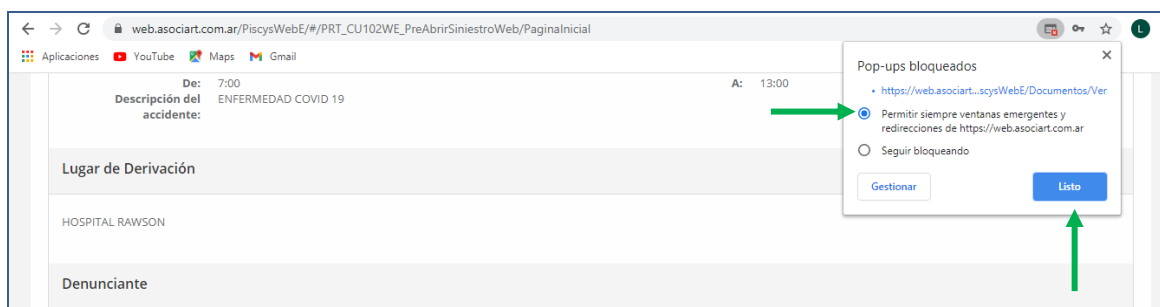
MHyF - SGP - DGRHyO		
	PROCEDIMIENTO PARTICULAR	REV: 0
PREPARO: Equipo HyS DGRHyO APROBO: SGP	INSTRUCCIÓN: DENUNCIA POR ACCIDENTE LABORAL	Fecha de emisión: 17/03/2021 Fecha de revisión:



2.1 Presionar el ícono mencionado en el punto anterior.



2.2 Seleccionar la opción “Permitir siempre ventana emergente...” y luego presionar Listo.



3. PLAN DE REACCIÓN: NO APLICA.

4. ANEXOS: