

#RA-1 Rev1

AUTOSEGURO

DENUNCIA DE SINIESTROS LABORALES PROVINCIA ART

Instructivo

Actualización: diciembre 2025



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 realizan principalmente de forma telefónica a través del 0800-333-1333, perteneciente a Coordinación de Emergencias Médicas (CEM) de Provincia ART, dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho. Para ello debe contarse únicamente con los datos del/de la trabajador/a y el siniestro ocurrido.

Transcurridas las 72 horas de ocurrencia del hecho, el/la empleador/a será la persona responsable de la denuncia ingresando en: 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.



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.



The screenshot shows the official website of Provincia ART. At the top left is the logo with the text 'Provincia ART'. To the right are social media icons for Facebook, LinkedIn, YouTube, and Twitter. Below this is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, LÍNEA ÉTICA, SERVICIOS, ROL SOCIAL, NOVEDADES, and CONTACTO. A secondary menu contains: MI CONTRATO, GESTIÓN DE PREVENCIÓN, REINTEGROS, and ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. The 'ACCIDENTES Y ENFERMEDADES' section is expanded, showing 'DENUNCIA' and 'CONSULTA' options. The main heading is 'DENUNCIAS DE SINIESTROS' with a link to 'Términos y Condiciones de uso'. Below this, a message 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.' It then asks the user to select a management option: 'FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS', 'ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS', or '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.



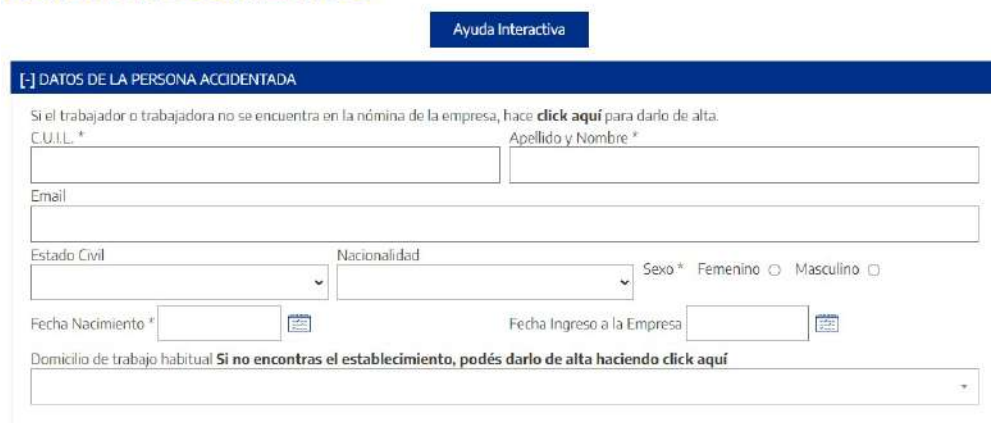
The screenshot shows the website of Provincia ART. The header includes the logo and navigation links: INICIO, NOSOTROS, LÍNEA ÉTICA, SERVICIOS, ROL SOCIAL, NOVEDADES, CONTACTO. Below the header is a menu with options: MI CONTRATO, GESTIÓN DE PREVENCIÓN, REINTEGROS, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. The main section is titled 'FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS INICIADAS'. It contains a form with fields for 'Nombre de la Persona', 'Documento de la Persona', 'Nº de Denuncia', 'Fecha de Siniestro', and 'Fecha de Denuncia' (with 'Desde' and 'Hasta' sub-fields). Below the form is a 'Declaración Jurada' section with a text box for a sworn statement. At the bottom left is a 'VOLVER' button, and at the bottom right is a circular 'BUSCAR' button with a hand cursor icon.

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



The screenshot shows the 'DENUNCIA DE SINIESTROS' form. At the top right is an 'Ayuda Interactiva' button. The form is titled '[] DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA'. It contains a text box for a note: 'Si el trabajador o trabajadora no se encuentra en la nómina de la empresa, hace click aquí para darlo de alta.' Below this are fields for 'C.U.I.L.*', 'Apellido y Nombre*', 'Email', 'Estado Civil', 'Nacionalidad', 'Sexo*' (with radio buttons for 'Femenino' and 'Masculino'), 'Fecha Nacimiento*', and 'Fecha Ingreso a la Empresa'. At the bottom is a field for 'Domicilio de trabajo habitual' with a note: '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

Localidad

Seleccioná la localidad

Código Postal

No sé mi CP

Calle

Número

Piso

Departamento

HABILITAR EDICIÓN

Puesto

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

investigaciones@provar.com.ar.

6)

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

La búsqueda la puede realizar mediante los siguientes filtros.

BUSCAR PRESTADOR

Nombre

Localidad

Domicilio

BUSCAR

7)

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 dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, y notificar al organismo sectorial de personal o quien haga sus veces. Luego finalizarla en la página web como se indica en el punto A del presente instructivo.

Las denuncias fuera del plazo establecido (72 horas) y las enfermedades profesionales deberán iniciarse directamente en la página web www.provinciart.com.ar, desde la opción **Alta de Nuevas Denuncias**.

[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

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

Provincia ART

INICIO NOSOTROS LÍNEA ÉTICA SERVICIOS ROL SOCIAL NOVEDADES CONTACTO

MI CONTRATO GESTIÓN DE PREVENCIÓN REINTEGROS ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

DENUNCIA CONSULTA

NUEVA DENUNCIA

Accidente laboral e in itinere:
Por favor recordá que, para mejorar la gestión, calidad de los datos y plazos en la recuperación del accidentado, te sugerimos que realices la denuncia en forma telefónica a través del 0800-333-1333, luego podrás conducirla a través de la web, en la opción Finalización de Denuncia.

Enfermedad profesional:
Para realizar una denuncia, por favor presioná el botón SIGUIENTE.

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 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.

CUIL: * 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

[-] 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**.

[-] TELÉFONOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

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:

[-] TELÉFONOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

AGREGAR TELÉFONO

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 *
- SELECCIONAR -

Fecha Siniestro *
Fecha Recaida

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

Lugar de Ocurrencia
- SELECCIONAR -

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 Seleccione la Provincia

Localidad Seleccione 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)

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

Agente Material

Parte del Cuerpo Lesionada

Naturaleza de la Lesión

Gravedad Presunta

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

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

DENUNCIA **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° Recalda ☐ Siniestro COVID-19

perez 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

DENUNCIA **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 IZO, 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
2	Dirección de Seguridad Laboral	Actualización de procedimiento de denuncia. Introducción. Alta de nuevas denuncias.	4 11	Octubre 2025



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**