Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO N° 2900097

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Contrato: 756777 **C.U.I.T.:** 30562694648

Razón Social: FUTUROS S.R.L.

2. DATOS PARTICULARES DEL EMPLEADO

D.N.I.: DNI 94986432 **Apellido y nombres:** AYLAS OCHOA GINO JHON **Fecha de nacimiento:** 30/07/1980 **Sexo:** MASCULINO

Nacionalidad: ARGENTINA **Estado civil:** SOLTERO

3. DOMICILIO DEL EMPLEADO

Código postal: 1615 **Localidad:** GRAND BOURG **Pcia.:** BA **Calle:** HIPOLITO BOUCHARD **N° calle:** 233

Piso: **Dpto.:** **Teléfono:** (011)1534584412, (011)1524945318

Email:

4. DATOS LABORALES

Establecimiento: FUTUROS S.R.L. **Turno:** FIJO **Jornada (turno:1):** 06:00 A 15:00

Jornada (turno:2): **C.U.I.T. empresa subcontratista:**

Puesto de trabajo habitual: COSTURA

5. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha accidente: 20/08/2025 **Hora accidente:** 10:35

Fecha de abandono del trabajo: 20/08/2025 **Tipo de Accidente:** EN EL TRABAJO

Descripción del accidente y sus consecuencias: REFIERE DOLOR EN CINTURA AL CORRER MAQUINA

6. DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Código postal: 1615 **Localidad:** GRAND BOURG **Calle:** AV DEL SESQUICENTENARIO **N° calle:** 933

Piso: **Dpto.:** **Oficina:** **Barrio:**

7. DATOS DEL PRESTADOR

Centro asistencial: CENTRO MEDICO TALAR **Código postal:** 1617

Localidad: EL TALAR **Teléfono:**

8. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DENUNCIA

Apellido y nombre: GAROLLO SILVIA **Cargo:** RRHH

D.N.I.: 9618468623 **Teléfono:** 01130 127334

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO N° 2900097

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Contrato: 756777 **C.U.I.T.:** 30562694648

Razón Social: FUTUROS S.R.L.

2. DATOS PARTICULARES DEL EMPLEADO

D.N.I.: DNI 94986432 **Apellido y nombres:** AYLAS OCHOA GINO JHON **Fecha de nacimiento:** 30/07/1980 **Sexo:** MASCULINO

Nacionalidad: ARGENTINA **Estado civil:** SOLTERO

3. DOMICILIO DEL EMPLEADO

Código postal: 1615 **Localidad:** GRAND BOURG **Pcia.:** BA **Calle:** HIPOLITO BOUCHARD **N° calle:** 233

Piso: **Dpto.:** **Teléfono:** (011)1534584412, (011)1524945318

Email:

4. DATOS LABORALES

Establecimiento: FUTUROS S.R.L. **Turno:** FIJO **Jornada (turno:1):** 06:00 A 15:00

Jornada (turno:2): **C.U.I.T. empresa subcontratista:**

Puesto de trabajo habitual: COSTURA

5. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha accidente: 20/08/2025 **Hora accidente:** 10:35

Fecha de abandono del trabajo: 20/08/2025 **Tipo de Accidente:** EN EL TRABAJO

Descripción del accidente y sus consecuencias: REFIERE DOLOR EN CINTURA AL CORRER MAQUINA

6. DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Código postal: 1615 **Localidad:** GRAND BOURG **Calle:** AV DEL SESQUICENTENARIO **N° calle:** 933

Piso: **Dpto.:** **Oficina:** **Barrio:**

7. DATOS DEL PRESTADOR

Centro asistencial: CENTRO MEDICO TALAR **Código postal:** 1617

Localidad: EL TALAR **Teléfono:**

8. DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DENUNCIA

Apellido y nombre: GAROLLO SILVIA **Cargo:** RRHH

D.N.I.: 9618468623 **Teléfono:** 01130 127334