

NRO. DE SINIESTRO 2773238/100	REINGRESO NO	NRO. DE SINIESTRO	TIPO DE DENUNCIA ACCIDENTE
----------------------------------	-----------------	-------------------	-------------------------------

**DATOS DEL EMPLEADOR**

RAZON SOCIAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA				C.U.I.T. 30-54667062-3		
NRO 518980	C.I.I.U. 803200	CALLE GRAL JOSE G ARTIGAS		NRO. 160	PISO 0	DEPTO 0
LOCALIDAD/PROVINCIA CORDOBA/CORDOBA			C.P. 5000	C.P.A. X5000KVD	TELEFONO (0351) 5353600	
EMPRESA	RAZON SOCIAL EMPRESA SUBCONTRATADA			C.U.I.T. EMPRESA SUBCONTRATADA		

**DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO Y NOMBRES TULA, HECTOR FERNANDO		DOCUMENTO DNI 37900469	C.U.I.L. 20-37900469-6	SEXO MASCULINO	FECHA NACIM.	
CALLE SAN LUIS		NRO. 364	PISO 0	DEPTO 0	C.P. 5166	C.P.A. X5166GVM
LOCALIDAD/PROVINCIA COSQUIN/CORDOBA			TELEFONO		CELULAR (297) 4227889	
NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	INGRESO EMPRESA 01/07/2023	INGRESO 01/07/2023	I.B.M.		
CODIGO OCUPACIONAL ACTUAL Prof univ y otros establec de enseñ sup		HORARIO	HORARIO DE TRABAJO	INGRESO 15/04/2024		

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR**

NOMBRE/DENOMINACION FAC CIENC QUIMICAS EDIFICIO CIENCIAS I				COD. ESTABL. 85		
C.I.I.U. ESTABLECIMIENTO				COD. C.I.I.U.		
CALLE AV MEDINA ALLENDE Y HAYA DE LA TORRE		NRO. 0	PISO 0	DEPTO 0	C.P. 5000	C.P.A. X5016ZAC
LOCALIDAD/PROVINCIA CORDOBA/CORDOBA				TELEFONO		

**DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE O DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

C.U.I.T. DE	EMPRESA SUBCONTRATADA					
CALLE		NRO.	PISO	DEPTO	C.P.	C.P.A.
LOCALIDAD/PROVINCIA /				TELEFONO		

En caso de Enfermedad Profesional, se adjunta el "Anexo Denuncia Enfermedad Profesional", no llenándose este apartado.

**DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL**

CARACTERISTICA EN EL TRABAJO	FECHA y HORA 25/06/2025	BAJA	FECHA INICIO INASIST. LAB.	FECHA
---------------------------------	----------------------------	------	----------------------------	-------

**BREVE DESCRIPCION DE LOS HECHOS**

--

**DESCRIPCIÓN DE LA LESION/DIAGNOSTICO**

--

**CODIFICACION DE LOS DATOS DEL SINIESTRO**

AGENTE MATERIAL ASOCIADO	
FORMA DEL ACCIDENTE	
MANO HABIL	
DIAGNOSTICO (CIE10)	
ZONA DEL CUERPO AFECTADA	
NATURALEZA DE LA LESION	

**DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL**

PRESTADOR/CENTRO MEDICO ASISTENCIAL CENTRO MEDICO GALENO ART CORDOBA	TELEFONO (03543) 406548
---	----------------------------

LUGAR Y FECHA	ACLARACION DE LA FIRMA AUTORIZADA DE LA EMPRESA
---------------	---