



**PODER JUDICIAL
MENDOZA**

DJ01 "Declaración Jurada a llenar por el profesional" Acordada N°26.733 DEMANDA LABORAL
--

I. Materia	Accidente			
II. ¿Solicita medida precautoria?:	SI		NO	X
III. Causas con precedentes en trámite:	SI		NO	X
IV. Datos personales del actor:				
Apellido	LOPEZ			
Nombre	HEBER ORLANDO			
CUIL/CUIT	20-26723717-5			
DNI	26723717	F	M	X
Domicilio Real	ROCA 1474, TUNUYAN - MENDOZA			
Domicilio Legal	San Martin 1900 de Tunuyan			
Correo electrónico	saulporco@yahoo.es			
Teléfono/celular	2622514129			
Domicilio de prestación de los servicios del trabajador	San carlos y Tunuyan			
V. Datos del abogado/procurador de la parte actora para notificación electrónica y contacto				
Carácter	APODERADO	X	PATROCINANTE	
Apellido	PORCO			
Nombre	SAUL RAMON			
Matrícula N°	8137			
Teléfono/Celular	2615545833			
Correo Electrónico	saulporco@yahoo.es			
PODER	SI	X	NO	Fecha de otorgamiento 29/06/2022
APUD ACTA	X	Funcionario autorizante	GABRIEL EDUARDO LEAL	
Raspaduras, tachaduras y/o enmiendas	SI		NO	X
Observaciones	no			
VI. Datos personales del demandado (persona jurídica):				
Razón Social	ASOCIART ART			
Domicilio REAL	calle 25 de mayo 1222 Ciudad de Mendoza			
CUIT	11-11111111-1			

Domicilio SOCIAL inscripto	calle 25 de mayo 1222 Ciudad de Mendoza				
Datos personales del empleador (si no coincidiera con el demandado)					
Persona jurídica:					
Razón Social	AGRO DAYSE S.A.				
Domicilio REAL	RUTA 40 KM 102 0 / EUGENIO BUSTOS				
CUIT	11-11111111-1				
Domicilio SOCIAL inscripto	RUTA 40 KM 102 0 / EUGENIO BUSTOS				
VII. Indique si la presentación se efectúa conforme a los términos del Art. 61 ap. III del CPC					
SI		X		NO	
VIII. Monto de la demanda: (en pesos)			600000		
Convenido	SI	NO	X		
IX. Motivo del reclamo (síntesis)			accidente de trabajo		
X. Información del accidente					
ACCIDENTE (acaecimiento)			In itinere	SI	NO X
Lugar	Finca en san carlos				
Fecha	12/10/2021		Hora	11:00	
% Incapacidad reclamado	15				
Circunstancias del acaecimiento	trabajo				
Denuncia policial	SI	NO	X	Fecha	-----
Denuncia en ART	SI	X	NO	Fecha	12/10/2021
Comunicó el siniestro al EMPLEADOR					
SI	X	NO	Fecha	12/10/2021	
OBRA SOCIAL	no				
Historia Clínica	SI	NO	X		
Prestaciones recibidas por la ART:					
Médicas	SI	X	NO		
Farmacológicas	SI	X	NO		
Dinerarias	SI		NO	X	
Otras	SI		NO	X	
CERTIFICADO MEDICO DE INCAPACIDAD / PERICIA emitido por:					
Nombre del médico	FEDERICO				
Apellido del médico	TEJADA				
Matrícula N°	10109				
Especialidad médica	traumatologo				
Fecha de atención	21/06/2022				



**PODER JUDICIAL
MENDOZA**

Lugar de atención	tunyan
Incapacidad determinada %	0
Estudios médicos acompañados:	si

FIRMA DEL PROFESIONAL DECLARANTE	SELLO
---	--------------

FIRMA DEL FUNCIONARIO JUDICIAL	SELLO
---	--------------

**DEMANDA POR
ACCIDENTE DE TRABAJO**

EXCMA CAMARA DEL TRABAJO:

SAUL PORCO y CESAR GUILLOT, abogados patrocinantes con poder que acompaña por mi representado **LOPEZ HEBER ORLANDO DNI: 26.723.717**, soltero, argentino, con domicilio real en calle ROCA 1474, TUNUYAN - MENDOZA a usted respetuosamente expresamos:

1- OBJETO: Que venimos junto con mi representado Sr. LOPEZ HEBER ORLANDO con el objeto de iniciar **DEMANDA DE ACCIDENTE LABORAL**, en contra de la **aseguradora ASOCIART ART** con domicilio legal en calle 25 de mayo 1222 Ciudad de Mendoza, por el monto de **PESOS SEISCIENTOS MIL 00/100 (600.000,00)** todo conforme y sujeto a las pruebas rendidas en autos.

2- DOMICILIO LEGAL: constituyendo domicilio legal en calle San Martin 1900 de Tunuyan,. Domicilio electrónico en e-mail: saulporco@yahoo.es , domicilio procesal en matricula 8137.

3- HECHOS: Que el actor trabajando para la firma, 30709904279 - AGRO DAYSE S.A., en fecha 12/10/2021 realizando sus tareas al arrojar arena con una pala golpeo la pala contra un cubo de fertilizantes, sintiendo dolor en codo derecho con irradiación a hombro derecho y región cervical, fue denunciado en la ART luego en la SRT y el tramite fue rechazado por la entidad gubernamental.

3-1- LIQUIDACION:

Remuneración p/mes: \$50.000,00

Edad del accidente: 46 años.

Incapacidad: 15%.

Lugar: en el trabajo

Monto: \$600.000,00

4- PRUEBAS:

4-A- DOCUMENTAL:

1-Poder

2-Dictamen Medico

7-Dictamen Clausura.

4-B- OFICIOSA:

1-Se oficie a la Superintendencia de seguro para que envíe informe dictamen final del actor.

4-B- PERICIA CLINICA MÉDICA LEGISTA:

1-Se sortee perito médico clínico legista traumatólogo:

Puntos de pericia.

A-Determine el diagnóstico y el grado de incapacidad en porcentaje del actor.

B- Si necesita tratamiento permanente y algún otro punto de interés de acuerdo al examen.

5- PETICION:

Por todo lo expuesto solicito:

1) Se nos tenga por presentado, parte y constituido el domicilio legal indicado junto a mi representado, corra traslado demanda a la contraria.

2) Se tenga por recibida la prueba documental, pericial, informativa adjunta, tenga recibida y ordene su producción. Acoja la demanda y sentencie oportunamente con costas a la contraria.

ES JUSTO.-



Cesar Guillot
ABOGADO SJM
Mat. 10910



SAUL PORCO
ABOGADO
S.C.J. Mza 8137
C.S.J.N. T° 117 F° 395