

**OFICINA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

Córdoba, 14 de Marzo de 2024

Sres.
SECRETARÍA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN
5000 – Córdoba

Ref:
Siniestro: **78478**
Accidentado: **QUINTEROS, GASTON**
DNI: **40027465**

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a usted a los efectos de poner en vuestro conocimiento que por el siniestro de referencia, la Oficina de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales del Gobierno de la Provincia de Córdoba, a través de su Departamento Médico, certifica que el Sr. **QUINTEROS, GASTON**, se encuentra bajo tratamiento médico desde el **14/03/2024** hasta el **19/03/2024**.

Por tal motivo y según lo preceptuado por el Art. 7, Ley 24557, el damnificado se encuentra en situación de Incapacidad Laboral Temporal.

Sin perjuicio a lo expuesto, la continuidad o vigencia de la misma se encuentra sujeta a posterior decisión de esta Oficina, la que será comunicada oportunamente.

Sin otro particular, saludo atentamente



Jeremias Espinosa
Oficina de Accidentes Laborales
de la Provincia de Córdoba