



# EXPEDIENTE SRT N°: 549974/25

FOJAS INIC	1	CUERPOS INIC		ANEXOS INIC		CARPETAS INIC	
------------	---	-----------------	--	----------------	--	------------------	--

## DIVERGENCIA EN EL ALTA

Iniciador: **SUBGERENCIA MÉDICA**

**Fecha de Inicio: 22/10/2025**

CUIL Damnificado: **20204068446 - GUARAZ GUILLERMO DANIEL**

ART: **00019 - BERKLEY**

CUIT Empleador: **30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872**

**Plazo:**

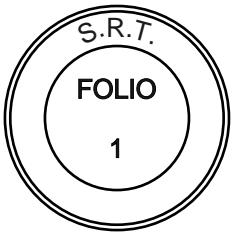


\* 5 7 0 2 2 4 2 \*

**Uso Interno**

"En el marco de la Ley 19.549 "Ley de Procedimiento Administrativo", Decreto 1759/72, Artículo 38. Vistas; Actuaciones. Se podrá tomar vista del expediente, durante todo su trámite en las instalaciones y/u oficinas donde se encuentre el expediente. Corresponde tomar vista del expediente a la parte interesada, apoderados, organismos públicos y/o Estado Nacional, según Ley 19.549. Recuerde que la información es un activo, el cual contiene datos sensibles tales como, DNI/dirección/teléfono por lo tanto debemos proteger su confidencialidad. Queda expresamente prohibido la copia, reenvío y/o impresión del expediente sin la previa autorización de la autoridad competente, en el marco de dicha Ley.

**Importante:** Se reserva de uso interno y/o público aquel expediente que fuera declarado como Secreto y/o Reservado por el Organismo en el marco del Art.38 Decreto 1759/72."



## FORMULARIO INICIO

**Expediente:** 549974/25

**Tipo de Trámite CM:** Divergencia en el Alta

**Iniciado en:** 010 - CAPITAL FEDERAL

### Damnificado

**CUIL:** 20204068446

**Tipo y Nro. Documento:** DOCUMENTO UNICO - 20406844

**Apellido Nombre:** GUARAZ GUILLERMO DANIEL

**Fecha Nacimiento:** 28/04/1969

**Dirección Electrónica:**

GUILLEGDGUARAZ@GMAIL.COM

**Teléfono Fijo:**

**Domicilio Notificación:** El Chaja 821 -  
BUENOS AIRES - ITUZAINGO - CP: 1714

**Solicitante:** Damnificado

**Sexo:** M

**Celular:** (011)1530991032

**Celular Contacto:** -

### Domicilios

### Accidente-ART-Empleador

**Fecha Accidente/PMI:** 29/09/2025

**Intercurrencia:** No

**Nro Accidente:** 317003202500371700

**ART/EA:** 00019 - BERKLEY

**Empleador:** 30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872

**CIIU Principal del Contrato:** 949920 - Servicios de consorcios de edificios

No hay patrocinante

### Otros Datos

**Fecha Alta Medica:** 20/10/2025

**Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el Damnificado y la información que trae el sistema:** No

**Observaciones:** \*\*\*\*\*



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR

ESTADO NACIONAL DE MISIONES

PROVINCIA DE MISIONES

MUNICIPIO DE GUARAZ

AÑO 2010

GUARAZ



Número / Name

GUILLERMO DANIEL

Tipo / Type

M

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Domicilio / Address

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

26 ABR/ APR 1980

Fecha de vencimiento / Date of issue

26 FEB/ FEB 2020

Periodo de validez / Date of validity

26 FEB/ FEB 2020

Nota N° / Note

00168845527

7109

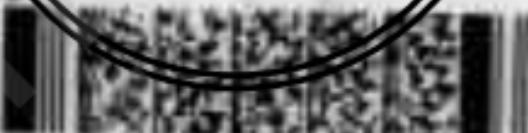
Documento / Document

20.406.844

2

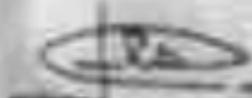
FOLIO

S.R.T.



DOMICILIO: EL CHAJA 821 - ITUZAINGÓ - ITUZAINGÓ - BUENOS AIRES

ESTOPIA FIEL DEL ORIGINAL



Gr. A. Paganini: *Rondino*  
Mediterraneo

3

Aseguradora: BERKLEY  
Código SRT: 0019

## Alta Médica

Nº Siniestro A.R.T. 317387

Nº de Siniestro:  
Del:FOLIO  
91140  
17/10/2025

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Guaraz, Guillermo Daniel (71634)  
Fecha de Nacimiento: 28/04/1969 Sexo: Varón  
Calle: El Chaja 0821  
Provincia: Buenos Aires

C.P.: 1714

Tel.Fijo:

Localidad: ITUZAINGO

Tel Móvil 1530991032

C.U.I.L. 20-20406844-6

DNI 20406844

## DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Cons Prop Corrientes 3872

C.U.I.T. 30-54174113-1

Domicilio:

Tel:

Localidad:

Provincia:

C.P.: 0

## DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: INSTITUTOS MEDICOS S.A.

C.U.I.T. 30-54584921-2

Calle: Brown 0519

Localidad: Moron

Provincia: Buenos Aires

C.P.: 1708

Teléfono: 5627-1348

Fax: 5627-1143

Mail: memm@cmm.com.ar

## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente en Trabajo  DEL ORIGINAL Accidente en Itinerario  Enfermedad Profesional:  Intercurrencia:

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 17/10/2025 Hora: 14:00  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral:  Hora:   
 Fecha de primera atención médica: 17/10/2025 Hora: 14:39  
 Diagnóstico:   
 Descripción del motivo de consulta: reingreso

Indicaciones / Tratamiento: pte solicita reingreso x tx costal, tbc s/p, se indica alta.

CONSTANCIA ALTA MÉDICA Tratamiento médico asistencial pendiente:  Si  NoDermatología  Odontología  Psicoterapia Fecha próxima revisión:  Hora: Recalificación profesional: Si  No 

Fecha de retorno al trabajo: 21/10/2025

Fin de tratamiento: 20/10/2025 Hora: 13:41

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica  Rechazo Muerte:  Fin de tratamiento Por derivación:  Tipo de derivación: Afección inculpable: Si  No Secuelas incapacitantes: Si  No Prestaciones de mantenimiento: Si  No El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si  No El trabajador ameritó estimación de secuelas: Si  No 

incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I de Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

CONSTANCIA FIN DE TRATAMIENTO 

Fin de tratamiento: Fecha: 20/10/2025 Hora: 13:41

Secuelas incapacitantes: Si  No Recalificación profesional: Si  No Prestaciones de mantenimiento: Si  No El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si  No 

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de

conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral.

Moron; 20/10/2025

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y documento del paciente

ALBORNOZ PATRICIA  
MN 114828

S.R.T.  
FOLIO  
5

FORMULARIO B- DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA O REPORTA SERVICIOS HABITUALMENTE

**DECLARACIÓN JURADA DE OPCIÓN DE COMPETENCIA POR EL  
ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA O REPORTA SERVICIOS**

**DATOS DEL TRABAJADOR Y DE LA CONTINGENCIA**

NOMBRE Esporaz Guillermo

Nº DE C.U.I.L. 2020406844-6

PERÍODO: Primera manifestación insalubre

Nº DE SINIESTRO:

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Nº DE C.U.I.T.

**DECLARACIÓN JURADA DEL LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O EXPOSICIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Mientras la presente, llago ejercicio de la opción de competencia dispuesta en el artículo 1º de la Ley N° 27.348 y el artículo 4º de la Resolución S.R.T. N° 326/2017 y sus modificatorias, y solicito la intervención de la Comisión médica Jurisdiccional correspondiente al Establecimiento donde presto o reporto servicios habitualmente, manifestando en carácter de DECLARACIÓN JURADA que el mismo se encuentra situado en la siguiente dirección:

AU. Corrientes

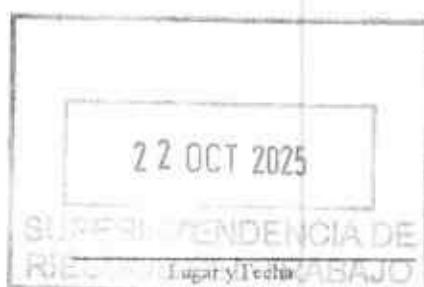
Nro. 3872 Piso: X Depto: 5

Llocalidad: CABA

C.P. 1194 Provincia:

**IMPORTANTE:** Sr. Trabajador, la información por Usted consignada en el presente formulario reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

El lugar de ocurrencia o exposición denunciado mediante la presente será verificado mediante la "Base de ESTABLECIMIENTOS" creada por el artículo 1º de la Resolución S.R.T. N° 3.194 de fecha 2 de diciembre de 2014.



  
Firma y Aclaración del Trabajador

IF-2018-49687956-APN-GACM#SRT

**COMUNICACIONES A TRAVÉS DE E-SERVICIOS SRT – Sistema de ventanilla electrónica:**

En el marco de lo establecido en la Resolución SRT N° 82 de fecha 16 de diciembre de 2020, todas las actuaciones y actos administrativos relacionados con el trámite iniciado se notificarán y comunicarán a través de “e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica”, habilitado a través de la página de ARCA, con clave fiscal nivel 3.

Cabe destacar, que todas las notificaciones serán consideradas válidas desde el momento en que se encuentren disponibles en la bandeja de comunicaciones de E-SERVICIOS SRT.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL. Aleda bajo la exclusiva responsabilidad del/la que suscribe la veracidad y actualización de los datos de contacto consignados en ARCA, a los efectos de la recepción de notificaciones.

**Quien suscribe, a partir del día de la fecha, toma conocimiento y se notifica de lo indicado precedentemente:**

Firma:

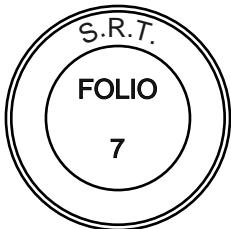
Aclaración:

DNI: 90406344

Fecha:

22 OCT 2025

SUPERINTENDENCIA DE  
ESTADOS DEL TRABAJO



## FORMULARIO INICIO

**Expediente:** 549974/25

**Tipo de Trámite CM:** Divergencia en el Alta

**Iniciado en:** 010 - CAPITAL FEDERAL

### Damnificado

**CUIL:** 20204068446

**Tipo y Nro. Documento:** DOCUMENTO UNICO - 20406844

**Apellido Nombre:** GUARAZ GUILLERMO DANIEL

**Fecha Nacimiento:** 28/04/1969

ES COMUNICACIONES

**Dirección Electrónica:** GUILLEGDGUARAZ@GMAIL.COM

**Sexo:** M

**Teléfono Fijo:**

**Celular:** (011)1530991032

**Celular Contacto:** -

**Domicilio Notificación:** El Chaja 821 -  
BUENOS AIRES - ITUZAINGO - CP: 1714

**Solicitante:** Damnificado

### Domicilios

### Accidente-ART-Empleador

**Fecha Accidente/PMI:** 29/09/2025

**Intercurrencia:** No

**Nro Accidente:** 317003202500371700

**Tipo Accidente:** In Itinere

**Es una Enfermedad No Listada:** -

**ART/EA:** 00019 - BERKLEY

**CUIT Ocurrencia:** 30541741131 - CONS  
PROP CORRIENTES 3872

**Empleador:** 30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872

**CIIU Principal del Contrato:** 949920 - Servicios de consorcios de edificios

No hay patrocinante

### Otros Datos

**Fecha Alta Medica:** 20/10/2025

**Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el Damnificado y la información que trae el sistema:** No

**Observaciones:** \*\*\*\*\*

**Fecha:** 22/10/2025

Estimado **GUARAZ GUILLERMO DANIEL** - CUIL: 20204068446 - Nro. Documento: **20406844**

Estamos tramitando su Expediente con el N° **549974/25**

Motivo: **Divergencia en el Alta**

La presente citación se realiza conforme lo establecido por la normativa vigente y de acuerdo a la solicitud de intervención de esta Comisión Médica, luego de verificar los datos del interesado y la consistencia de la documentación aportada. A tal efecto, le informamos que, en virtud del trámite de referencia, Ud. deberá presentarse el día 22/10/2025 a las 09:46 horas, en la comisión médica 010 ubicada en la calle Moreno 401 - CAPITAL FEDERAL - C.A.B.A. CP. para la realización del Examen Médico.

Le recordamos que deberá concurrir con su Documento de Identidad, lentes y/o audífonos (en caso de utilizarlos), Historia Clínica, estudios médicos relacionados al siniestro denunciado y todos los antecedentes del caso que tuviere en su poder.

**Se deja constancia que la incomparecencia de la parte trabajadora al examen médico solamente podrá ser justificada ante los casos de imposibilidad de hecho o fuerza mayor, debidamente acreditados.**

Ante dicha la incomparecencia, en conformidad con lo previsto por el artículo 18 de la Resolución S.R.T. N° 179/15, **podrá justificar su inasistencia dentro del plazo de DIEZ (10) días contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió celebrarse la misma**. En dicha oportunidad deberá manifestar su intención de continuar con el trámite y solicitar la determinación de una nueva fecha para la celebración de la audiencia. Transcurrido dicho plazo sin haber justificado la ausencia, se declarará la Caducidad y el Archivo de las actuaciones.

Se informa que por razones operativas y en virtud a lo dispuesto por el Art 8º de la Resolución SRT N° 326/17 se podrá disponer, de manera excepcional, que sea citado a audiencia médica en una Comisión Médica distinta a la de origen, en cuyo caso rige la obligatoriedad del requerido de someterse al examen médico ordenado.

Para más información podrá contactarse a través de los canales electrónicos habituales disponibles en el sitio web oficial de la S.R.T. ([HTTPS://www.argentina.gob.ar/srt](https://www.argentina.gob.ar/srt)) o puede comunicarse al 0800-666-6778 de Lunes a Viernes de 09:00 hs a 17:00 hs.

Comisión Médica N° 010  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
Empleador CUIT: 30541741131	V.E. - Res. S.R.T. N° 365/2009	Notificación de Citación al Empleador por Ventanilla/Correo	22/10/2025
Trabajador CUIL: 20204068446,	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. de Citación al Patrocinante/Trabajador	22/10/2025

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Total Consulta:** 2

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL: **20204068446** Nombre y Apellido: **GUARAZ GUILLERMO DANIEL**  
F. Nacimiento: **28/04/1969** Sexo: **M - Masculino**  
Nro.Documento: **20406844 - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD** Nacionalidad:  
Dirección: **OLLATAY 001302 CASTELAR BUENOS AIRES 1712**

CUILES ASOCIADOS

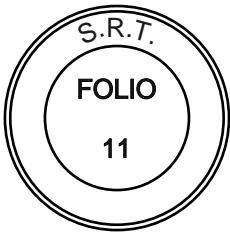
Cuil Definitiva	Cuil Anterior	Fecha de Asociación	Fecha de Desasociación
<b>*20204068446</b>	<b>20206048442</b>	<b>26/01/2008</b>	

(\*) Cuil Definitiva

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Accidentes del Trabajador

Fecha	Tipo	Cat	Accidente	ART	Días ILT	Forma Accidente	CUIT empleador	Empleador
17/10/2025	Reingreso	CB	317003202500371701	BERKLEY	5	907 - Choque de Vehiculos	3054174 1131 3872	CONS PROP CORRIENTES
29/09/2025	In Itinere	CB	317003202500371700	BERKLEY	10	907 - Choque de Vehiculos	3054174 1131 3872	CONS PROP CORRIENTES
03/11/2022	In Itinere	CB	300429202200487800	BERKLEY	15	103 - Caídas de personas que ocurren al mismo nivel	3054174 1131 3872	CONS PROP CORRIENTES
01/03/2004	In Itinere	CB	53615200401019400	LA HOLANDO	21	500 - Esfuerzos excesivos	3054174 1131 3872	CONS PROP CORRIENTES



"AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

*Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

Fecha: 22/10/2025 10:19:41

## ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

### DATOS PRINCIPALES

Nro. Expedte SRT: 549974/25

Comisión Médica: 010 - CAPITAL FEDERAL

Localidad: CAPITAL FEDERAL

Damnificado: 20204068446 - GUARAZ GUILLERMO DANIEL - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 20406844

Fecha Nacimiento: 28/04/1969

Edad: 56

ART/EA: 00019 - BERKLEY

Nro AT/EP: 317003202500371700

### DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Divergencia en el Alta

Concurrentes:

Damnificado: GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Tipo de AT/EP: In Itinere

Subtipo: Del trabajo a la casa

Intercurrencia: NO

Fecha Accidente: 29/09/2025

Hora: 00:00

Sector de Trabajo: Cons Prop Corrientes 3872

Tareas Habituales del Damnificado: Ayudante de portería.

Antigüedad en la Empresa: 28 años

### PREEXISTENCIAS

No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.

Otras Preexistencias: -

### DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: SI

Descripción de la contingencia: Relata el trabajador que dirigiéndose de su trabajo a su domicilio, en bicicleta,

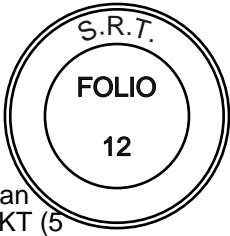
GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Damnificado

Expediente: 549974/25

Ponzone, Agustina Laura

Matr. Nac. 124125



en contexto de siniestro vial, presenta contusión costal.

**Estudios y Tratamientos Recibidos:** Concurre derivado por SAME al Hospital Durand, donde realizan radiografías, y luego concurre por su ART, donde realizan radiografías, TAC sin contraste de tórax, FKT (5 sesiones), tratamiento médico y alta. Luego de alta, retorna a sus tareas habituales. Luego del alta, realiza otras consultas por su obra social, donde realizan radiografías. El trabajador refiere que aún continúa con dolor.

Cese ILT: SI

Fecha Cese ILT: 20/10/2025

Motivo Ceses ILT: Alta médica

Fecha Alta Médica: 20/10/2025

Fin de Tratamiento: SI

#### EXAMEN FÍSICO

Miembro Habil Superior: Derecho

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Observaciones:** SISTEMA RESPIRATORIO: Presenta cicatriz inframamaria derecha, de 21 cm, longitudinal, compatible con cirugía de septiembre del 2024 (extracción de tumoración benigna en mediastino, como refiere el trabajador, operado en el Hospital Tornú). Disnea: no refiere. Frecuencia respiratoria: normal. Cianosis: no presenta. Aleteo nasal: no presenta. Dados hipocráticos: no presenta. Empleo de músculos accesorios de la respiración: no presenta. Vibraciones vocales: conservadas. Percusión de playas pulmonares: sonora. Murmullo vesicular: normal. Ruidos respiratorios patológicos: no se ausultan.

#### DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: contusión costal

#### INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: NO

#### SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA AL TRABAJADOR

Solicitud de historia clínica al Trabajador: SI

#### SOLICITUD DE REQUERIMIENTO A LA ART

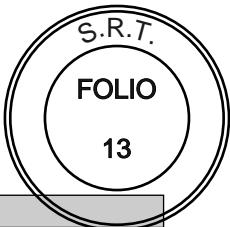
Solicita Documentación a la A.R.T: SI

GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Dannificado

Expediente: 549974/25

Ponzone, Agustina Laura  
Matr. Nac. 124125



#### OBSERVACIONES

El trabajador aportó documentación al momento de la audiencia: NO

El Trabajador dejó documentación/estudios médicos en papel: NO

La ART/EA aportó documentación al momento de la audiencia: NO

Observaciones: Solicito HC a la ART

#### ACLARACIONES

Cumplimos en informarle que todas las notificaciones y resoluciones relacionadas con su trámite, se enviarán exclusivamente a través de "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica". Para poder ingresar a "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica" y leer los escritos que se le remitan, es necesario que genere su usuario siguiendo los pasos indicados en el instructivo remitido a su mail declarado. Es importante tener presente que todas las notificaciones serán consideradas válidas desde el momento en que se encuentren disponibles en su bandeja de comunicaciones.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

#### FIRMANTES

GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Damnificado

Expediente: 549974/25

Ponzone, Agustina Laura  
Matr. Nac. 124125



"AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

Subgerencia Médica

*Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

22/10/2025

OSPERYH

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitarle que a título de colaboración, entregue Historia clínica y estudios por imágenes en mano al portador de la presente, perteneciente al Sr./Sra. GUARAZ GUILLERMO DANIEL, DNI 20204068446, Expediente: 549974/25.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

La información solicitada se juzga documentación médica importante para poder emitir a la brevedad dictamen médico en esta Comisión Médica.

A los efectos de agilizar la tramitación y, teniendo en cuenta los términos de la ley 24.557, le solicito se de curso a la presente con carácter de muy "**URGENTE y dentro de los 5 días hábiles de recibida la presente**".

Saludo a Ud. muy atte.  
COMISION MEDICA 010

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: BERKLEY	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación de Acta de Audiencia Médica a la ART	22/10/2025
Trabajador CUIL: 20204068446,	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. de Acta de Audiencia Médica al Patrocinante/Trabajador	22/10/2025

**Total Consulta:** **2**

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Sres. ART/EA: Se solicita que hasta el 27/10/2025 inclusive, envíe por Ventanilla Electrónica la documentación del siniestro de referencia, según lo reglamentado en la normativa vigente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 22/10/2025  
Ref.: Expediente SRT N° 549974/25

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: BERKLEY	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Requerimiento a la ART para la Audiencia	22/10/2025
Trabajador CUIL: 20204068446,	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Req. a la ART/EA - Notif. al Patrocinante/Trabajador	22/10/2025

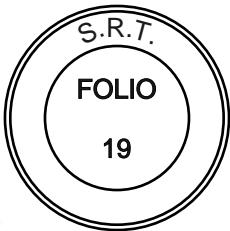
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Total Consulta:**

**2**

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



"AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha: 22/10/2025 10:19:41

## ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

### DATOS PRINCIPALES

Nro. Expedte SRT: 549974/25

Comisión Médica: 010 - CAPITAL FEDERAL

Localidad: CAPITAL FEDERAL

ES DISTRIBUIDO A LOS DIFERENTES

Damnificado: 204068446 GUARAZ GUILLERMO DANIEL - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 20406844

Fecha Nacimiento: 28/04/1969

Edad: 56

ART/EA: 00019 - BERKLEY

Nro AT/EP: 317003202500371700

### DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Divergencia en el Alta

Concurrentes:

Damnificado: GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Tipo de AT/EP: In Itinere

Subtipo: Del trabajo a la casa

Intercurrencia: NO

Fecha Accidente: 29/09/2025

Hora: 00:00

Sector de Trabajo: Cons Prop Corrientes 3872

Tareas Habituales del Damnificado: Ayudante de portería.

Antigüedad en la Empresa: 28 años

### PREEEXISTENCIAS

No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.

Otras Preexistencias: -

### DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: SI

Descripción de la contingencia: Relata el trabajador que dirigiéndose de su trabajo a su domicilio, en bicicleta,

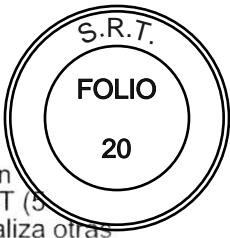
GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Damnificado

Ponzone, Agustina Laura  
Matr. Nac. 124125

Expediente: 549974/25

Emisión: 22/10/2025 10:19



en contexto de siniestro vial, presenta contusión costal.

**Estudios y Tratamientos Recibidos:** Concurre derivado por SAME al Hospital Durand, donde realizan radiografías, y luego concurre por su ART, donde realizan radiografías, TAC sin contraste de tórax, FKT (5 sesiones), tratamiento médico y alta. Luego de alta, retorna a sus tareas habituales. Luego del alta, realiza otras consultas por su obra social, donde realizan radiografías. El trabajador refiere que aún continúa con dolor.

**Cese ILT:** SI

**Fecha Cese ILT:** 20/10/2025

**Motivo Ceses ILT:** Alta médica

**Fecha Alta Médica:** 20/10/2025

**Fin de Tratamiento:** SI

#### EXAMEN FÍSICO

**Miembro Habil Superior:** Derecho

#### ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Observaciones:** SISTEMA RESPIRATORIO: Presenta cicatriz inframamaria derecha, de 21 cm, longitudinal, compatible con cirugía de septiembre del 2024 (extracción de tumoración benigna en mediastino, como refiere el trabajador, operado en el Hospital Tornú). Disnea: no refiere. Frecuencia respiratoria: normal. Cianosis: no presenta. Aleteo nasal: no presenta. Dedos hipocráticos: no presenta. Empleo de músculos accesorios de la respiración: no presenta. Vibraciones vocales: conservadas. Percusión de playas pulmonares: sonora. Murmullo vesicular: normal. Ruidos respiratorios patológicos: no se ausultan.

#### DIAGNÓSTICO

**Diagnóstico:** contusión costal

#### INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

**Indicaciones/Estudios Solicitados:** NO

#### SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA AL TRABAJADOR

**Solicitud de historia clínica al Trabajador:** SI

#### SOLICITUD DE REQUERIMIENTO A LA ART

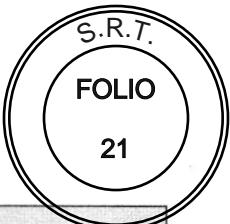
**Solicita Documentación a la A.R.T:** SI

GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Damnificado

Expediente: 549974/25

Ponzone, Agustina Laura  
Matr. Nac. 124125



#### OBSERVACIONES

El trabajador aportó documentación al momento de la audiencia: NO

El Trabajador dejó documentación/estudios médicos en papel: NO

La ART/EA aportó documentación al momento de la audiencia: NO

Observaciones: Solicito HC a la ART

#### ACLARACIONES

Cumplimos en informarle que todas las notificaciones y resoluciones relacionadas con su trámite, se enviarán exclusivamente a través de "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica". Para poder ingresar a "e-Servicios S.R.T. - Sistema de Ventanilla Electrónica" y leer los escritos que se le remitan, es necesario que genere su usuario siguiendo los pasos indicados en el instructivo remitido a su mail declarado. Es importante tener presente que todas las notificaciones serán consideradas válidas desde el momento en que se encuentren disponibles en su bandeja de comunicaciones.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

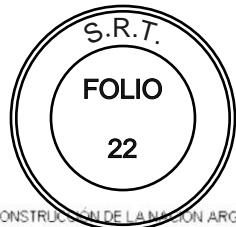
#### FIRMANTES

GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Dannificado

Expediente: 549974/25

Ponzone, Agustina Laura  
Matr. Nac. 124125



"AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

Subgerencia Médica



Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

22/10/2025

OSPERYH

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitarle que a título de colaboración, entregue Historia clínica y estudios por imágenes en mano al portador de la presente, perteneciente al Sr./Sra. GUARAZ GUILLERMO DANIEL, DNI 20204068446, Expediente: 549974/25.

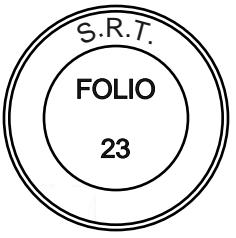
**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

La información solicitada se juzga documentación médica importante para poder emitir a la brevedad dictamen médico en esta Comisión Médica.

A los efectos de agilizar la tramitación y, teniendo en cuenta los términos de la ley 24.557, le solicito se de curso a la presente con carácter de muy **URGENTE y dentro de los 5 días hábiles de recibida la presente**.

Saludo a Ud. muy atte.  
COMISION MEDICA 010

Dra. Ponzoni, Agustina Laura  
M.N. 124.125  
Comisiones Médicas SRT

**SRT****SUPERINTENDENCIA DE  
RIESGOS DEL TRABAJO****Estudios**

Comisión: 10E.Capital Federal

Fecha: 22/10/2025

Hora: 10:31

**TRAMITE LABORAL**

C.U.I.L./C.U.I.T: 20-20406844-6

Nº de Expediente SRT: 549974/25

A.R.T.: BERKLEY INTERNATIONAL A.R.T.

Siniestro Nro: 317003202500371700

Motivo Presentación: Divergencia en el Alta

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**DATOS DEL DAMNIFICADO**

Apellido y Nombre : GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Domicilio: EL CHAJA 821

Localidad: ITUZAINGO

Provincia: BUENOS AIRES

C.P.: 1714

T.E.:

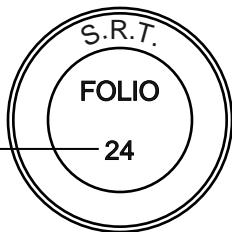
**Estudios y/o Prácticas Solicitados**

Código	Descripción de la práctica	Prestador	Fecha Solicitud	Fecha Prestacion	Fecha Recepcion	Medico Solicitante
99.01.001	SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	SRT Prestaciones Internas	22/10/2025	22/10/2025	--	Médico DE 10D

SI UD ESTA EMBARAZADA O POSEE ALGUNA CONDICION MEDICA POR LA CUAL ESTE ESTUDIO PODRIA ESTAR CONTRAINDICADO, POR FAVOR CONSULTE A SU MEDICO DE CABECERA. SI ESTE LE CONTRAINDICA EL ESTUDIO, POR FAVOR ACERQUE EL CERTIFICADO MEDICO CORRESPONDIENTE PARA QUE SEA ADJUNTADO AL EXPEDIENTE.

Fecha: 22/10/2025 - Firma: Karina Tuhay





Berkley International ART S.A.  
Carlos Pellegrini 1023, PB  
C1009ABU Buenos Aires, Argentina  
Tel 54 11 43748 8248  
Fax 54 11 4378 8093

Buenos Aires, 24 de octubre de 2025

Señores:  
**Superintendencia de Riesgos  
Del Trabajo**

Referencia

ES COPIA FIRMADA EN SRTGMA  
Expediente SRTGMA 548785/25

Siniestro: 315443

Trabajador: **LACREU PABLO SEBASTIAN**

Motivo: Divergencia en la determinación de la Incapacidad

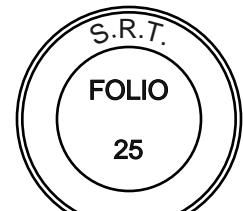
De nuestra consideración:

En respuesta a vuestra nota de referencia, adjunto la siguiente documentación:

- 1) Denuncia de la contingencia: Se adjunta
- 2) Historia clínica completa de la contingencia: Se adjunta
- 3) Informe de estudios complementarios: TAC (ver imagen por QR)
- 4) Protocolo quirúrgico: No corresponde.
- 5) Diagnóstico y estado actual del trabajador o Constancia de Alta Médica y/o Fin de Tratamiento en caso de haber sido otorgada: Se adjunta Alta médica sin secuelas incapacitantes.

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

Fátima Rolón  
Berkley International ART



## Denuncia Administrativa

**Datos del Empleador**

CUIT 30-71747081-4 Razon Social FUEGOS DE PALERMO  
 Fax Tel. (011) 60358057  
 Responsable ASOSA Actividad Principal 631019 Nivel Cond. de H. y S. 2

Nro Siniestro 1 / 315443  
 Contrato Nº. 155141

Siniestro Fecha 29/06/25 Hora 12:15:00

PABLO SEBASTIAN

Denuncias: Adm. Fecha 29/06/25 Hora 12:45:16 Médica Fecha / / Hora : :

**Datos del Trabajador**

CUIL 20-29732007-7 Documento DNI 29732007 Apellido, Nombre LACREU  
 Domicilio SANABRIA 2773 C.P. 1417 Localidad CAPITAL FEDERAL  
 Fecha Nac. 05/12/81 Sexo MASCULINO Est. Civil SOLTERO Nacionalidad 54  
 Profesión Categoría profesional Especialidad  
 Ult.Salario Mensual 931.000 Obra Soc.  
 Ingreso Errn. 01/01/09 Ant. meses 200 Ingreso Puesto 01/01/09 CUIT 30-71747081-4 Turno DIURNO

Lugar de Ocurrencia COSTA RICA 5602

**Información sobre el accidente** País del Siniestro 54 ARGENTINA  
 Establecimiento 1 FUEGOS DE PALERMO Domicilio COSTA RICA 502  
 Localidad CAPITAL FEDERAL Actividad Desarrollada 0 ACTIVIDAD NO DETERMINADA  
 Abandono trabajo Fecha: / / Hora: : :  
 Nombre del supervisor

**Cuando supo el supervisor del accidente**

Testigos  
 Ocup.Habitual 450 5123 CAMAREROS Y TABERNEROS  
 Breve Relato  
 MOZO// AYUDANDO A COLOCAR CARTEL SOBRE  
 PUERTA, SOSTENIENDO ESCALERA ESTA SE  
 CORRE Y LO GOLPEA SUFRE TX DE MANO CON  
 HCO Y TEC S/PERDIDA.

<b>Nivel de Conocimiento de la Tarea</b>	<b>Tarea Habitual</b>	S	<b>Recibió entren.previo</b>	S	<b>Recibió capacit.especial</b>	S
<b>Primeros Auxilios</b>	Medico			M.P.		
Prestador que lo atiende	ASOCIACION DE BENEFICENCI		Establecimiento	ASOCIACION DE BENEFICENCI		
Para ser llenado por la ART	Corresponde rechazo	N	Causas			
<b>Tipo</b>	<b>Den. Anterior</b>	0	<b>Accidente:</b>	<b>Grado de Lesión</b>	L	
Enf.Profesional: Agente Riesgo				Tiempo de Exp.		Detección
Diagnóstico	S60	9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUNeca Y DE LA MANO			Estimativo Días Perdidos

**Otros Datos**

ACC EN TRABAJO Nro. Denuncia Policial Nro.Comisaria  
 Otros Accidentes N Fechas  
 Respon.Medicina del Trab. Respon.H y S del Trab.  
 Observaciones

Fecha de Carga 29/06/25

Aclaración

Listado de Tablas:

ART:

BERKLEY ART

Nº DE SINIESTRO: 315443

**CONSTANCIA DE  
PARTE MÉDICO DE INGRESO**

S.R.T.

FOLIO

20

**Tipo de contingencia:** Accidente de Trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia 
**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre: LACREU PABLO SEBASTIAN CUIL / DNI N° 29732007 Sexo: M  F   
 Fecha de Nacimiento: 05-12-1981 Calle: SANABRIA  
 Nro: 2773 Piso: 2 Depto: B Localidad: CABA Provincia: CP:  
 Tel. Fijo: DDN ( ) - Tel. Móvil: 0 (011) 15 4037-0460 Tel. Alternativo: ( ) -  
 E-mail: LACREUP@GMAIL.COM

**DATOS DEL EMPLEADOR**

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Nombre de la Empresa: FUEGOS DE PALERMO CUIT: 30717470814

Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) -  
 Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Nombre del establecimiento donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) -  
 Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR**

Nombre del Establecimiento Asistencial: HOSPITAL SIRIO LIBANES CUIT: 30-54587302-4  
 Calle: CAMPANA Nro: 4658 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: CABA  
 Provincia: CABA CP: 1419 Tel.: DDN ( 011 ) - 4574-4343 Fax:  
 Mail: art@hospitalsiriolibanes.org

**DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Accidente de trabajo <input checked="" type="checkbox"/>	Accidente In Itinere <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Intercurrencia <input type="checkbox"/>
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 29/06/2025	Hora: 12:30		
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 29/06/2025	Hora: 12:30		
Fecha de primera atención médica: 29/06/2025	Hora: 13:45		

Descripción del motivo de consulta  
 PACIENTE REFIERE : SOSTENIENDO UNA ESCALERA A MI ENCARGADO, EL MISMO SE CAE ENCIMA  
 MIO GOLPEANDOME FUERTEMENTE EN LA CABEZA Y LA CARA .

Diagnóstico:

Indicaciones / Tratamiento:

Corresponde baja laboral: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha probable de alta (en caso de ser posible): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

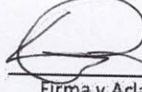
Fecha de próxima revisión: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de retorno al trabajo: \_\_\_\_\_

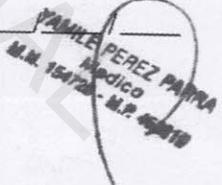
**A.R.T.**  
 HOSPITAL SIRIO LIBANES

CABA, 29/06/2025

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica


 LACREU PABLO  
 Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

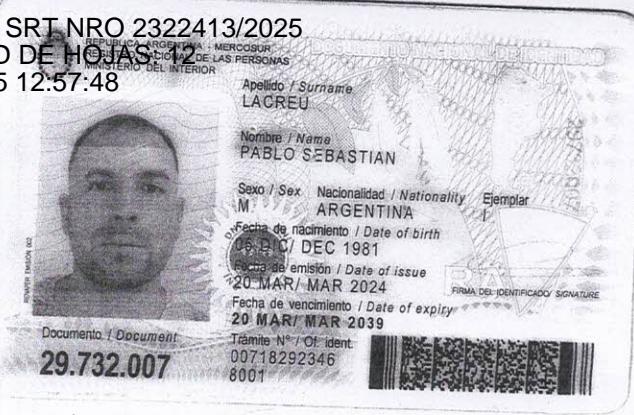


INGRESO SRT NRO 2322413/2025

REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS

CANTIDAD DE HOJAS: 12

24/10/2025 12:57:48



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DOMICILIO: SANABRIA 2773 2 B - VILLA DEVOTO CIUDAD  
INGRESO S.R.T. NRO. 2322413/2025  
CANTIDAD DE HOJAS: 12  
LUGAR DE HALLAZGO: CIUDAD DE BUENOS AIRES  
24/10/2025 12:57:48



CUIL: 20-29732007-7

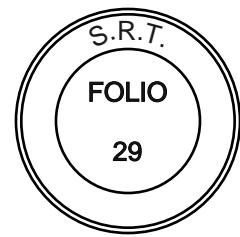
Nombre: Pablo A. Franco  
Apellido: LACREU

HUELLA  
DACTILAR

ID ARG 29732007 <6<<<<<<<<<<<  
8112059M3903205ARG<<<<<<<<6  
LACREU << PABLO < SEBASTIAN <<<<<

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



## INFORME DE GESTION DE SINIESTRO

Responsable del stro **ARIEL SOSA** Telefono **011-4378-7911** Fecha de informe **24/10/25**  
**asosa@berkley.com.ar**

Empresa **FUEGOS DE PALERMO**  
CUIT **30-71747081-4** Contrato **155141 ESTADO ACEPTACION**

ES Accidentado **LA GRUPO PABLO SEBASTIAN**  
CUIL **20-29732007-7** Fecha nacimiento **05/12/81**

Domicilio accidentado **SANABRIA 2773 - CAPITAL FEDERAL C.A.B.A.**

Nro Siniestro **315443**  
Fecha Ocurrencia **29/06/25** Fecha Denuncia **29/06/25**  
Tipo Accidente **EN TRABAJO** Prestador Medico **ASOCIACION DE BENEFICENCIA HOSPITAL**

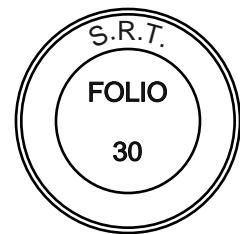
Relato MOZO// AYUDANDO A COLOCARR CARTEL SOBRE PUERTA, SOSTENIENDO ESCALERA ESTA SE CORRE Y LO GOLPEA SUFRE TX DE MANO CON HCO Y TEC S/PERDIDA.

Diagnóstico **S60 9 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MU\$ECA Y DE LA MANO TRAUMATISM**

Incapacidad estimada **0,00 %** Dias de Baja **20** Fecha de Alta medica **29/07/25**

## AGENDA DE GESTION DEL SINIESTRO

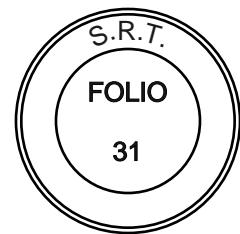
Fecha	Tipo	Descripción
29/07/25	EVOLU	ALTA MEDICA ML - FECHA ALTA: 29/07/25, HORA: 22:11:00, DIAGNOSTICO: Q18.8-PROFESIONAL : 1222 SALINAS LUDEÑA LIZZETT ESPECIALIDAD : CLINICA MEDICA DIAGNOSTICO :HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA 29/06/2025HORA : 16:24 SE REVISA TC DE ENCEFALO DENTRO DE PARAMETROS, SE CONTROLA TA 110/70 MMHG AL MOMENTO SIN SINTOMAS, POR LO CUAL SE LO ENVIA A CASA CON PAUTAS DE ALARMA Y ANLGESICOS. TRATAMIENTO : . ESTUDIOS : . SE INDICAN PAUTAS DE ALARMA. GUARDIA MÉDICA DE EMERGENCIA SE INDICA EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS 24 HS CONFIRMAR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS ===== , INCAPACIDAD: SIN INCAPACIDAD, TIPO DE ALTA: FIN DE TRATAMIENTO, FECHA REINICIO LABORAL: 30/07/25, DIAGNOSTICO: Q18.8-PROFESIONAL : 1222 SALINAS LUDEÑA LIZZETT ESPECIALIDAD : CLINICA MEDICA DIAGNOSTICO :HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA 29/06/2025HORA : 16:24 SE REVISA TC DE ENCEFALO DENTRO DE PARAMETROS, SE CONTROLA TA 110/70 MMHG AL MOMENTO SIN SINTOMAS, POR LO CUAL SE LO ENVIA A CASA CON PAUTAS DE ALARMA Y ANLGESICOS.



### AGENDA DE GESTION DEL SINIESTRO

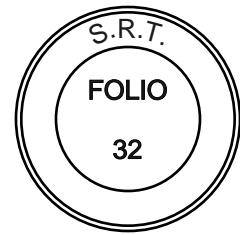
Fecha	Tipo	Descripcion
		TRATAMIENTO : .  ESTUDIOS : .  SE INDICAN PAUTAS DE ALARMA.  GUARDIA MÉDICA DE EMERGENCIA SE INDICA EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS 24 HS  CONFIRMAR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS
29/07/25	EVOLU	FECHA ATENCION: 29/07/25, HORA: 08:51:00, INFORMET: PROFESIONAL : 247 MEDICA LABORAL  ESPECIALIDAD : MEDICINA LABORAL  29/07/2025HORA : 08:51  29/7/25 FUE EVALUADO POR NEUROLOGO, OTORGANDO EL ALTA CON PAUTAS.  DOY ALTA LABORAL TRABAJA EL 30/7/25.  SIN TRASLADO
29/07/25	EVOLU	=====, ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y  TRAUMATOLOGIA, PROF: CARTAGENA MARIO, MAT: ., FIRMAR TRABAJADOR: 1, FIRMAR CONFORME: , FECHA/HORA  PROXIMA CONSULTA: , RESPUESTA PRESTADOR:
14/07/25	EVOLU	29/7/25 FUE EVALUADO POR NEUROLOGO, OTORGANDO EL ALTA CON PAUTAS.  DOY ALTA LABORAL TRABAJA EL 30/7/25.
14/07/25	EVOLU	14-07-2025 09:44  14/7/25 SE PRESENTA EL SR. LACREU PABLO, EVIDENCIANDOSE LA PRESENCIA DE UNA PARALISIS FACIAL  DERECHA.  DADO EL ANTECEDENTE TRAUMATICO SOLICITO IC CON NEUROLOGÍA.
11/07/25	EVOLU	FECHA ATENCION: 11/07/25, HORA: 20:47:00, INFORMET: PROFESIONAL : 247 MEDICA LABORAL  ESPECIALIDAD : MEDICINA LABORAL  11/07/2025HORA : 11:53  11/7/25 SE PRESENTA EL SR. LACREU RELATANDO ESTAR SOSTENIENDO UNA ESCALERA EXTENSIBLES EN LA QUE ESTABA UN COMPAÑERO DE TRABAJO. DICE CEDIERON LAS TRABAS CAYENDO SU COMPAÑERO CON LA ESCALERA, ENCIMA DE EL.  FUE ATENDIDO POR PRIMERA VEZ EN ESTE HTAL. DERIVADO POR SU ART.  NO TUVO PERDIDA DE CONOCIMIENTO. SE LE REALIZO TAC DE ENCEFALO LA QUE FUE NORMAL. SE DIERON PAUTAS DE ALARMA Y MEDICARON CON PARACETAMOL C/8 HS. PESISITIENDO EL DOLOR.  INDICO BLOKIMUM GESIC Y CONTROL EL LUNES PARA EVALUAR ALTA.  SIN TRASLADO
07/07/25	EVOLU	=====, ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y  TRAUMATOLOGIA, PROF: CARTAGENA MARIO, MAT: ., FIRMAR TRABAJADOR: 1, FIRMAR CONFORME: , FECHA/HORA  PROXIMA CONSULTA: 14/07/2025 09:40:00, RESPUESTA PRESTADOR:
04/07/25	EVOLU	FECHA ATENCION: 07/07/25, HORA: 15:56:00, INFORMET: PROFESIONAL : 177 DOMINGUEZ CAETANO  ANALIA  ESPECIALIDAD : CLINICA MEDICA  04/07/2025HORA : 11:39

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



### AGENDA DE GESTION DEL SINIESTRO

Fecha	Tipo	Descripcion
		<p>CONTROL DE TEC SIN PC</p> <p>ACTUALMENTE REFIERE HIPERSENSIBILIDAD DE ZONA GOLPAEDA</p> <p>SIN HALLAZGO DE PATOLOGIA CLINICA AL EX FISICO ACTUAL</p> <p>INDICO PARACETAMOL CADA 8 HS</p> <p>PAUTAS DE ALARMA</p> <p>CONTROL EN 1 SEMANA</p> <p>TRASLADO EN REMIS</p> <p>=====, ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, PROF: CARTAGENA MARIO, MAT: ., FIRMAR TRABAJADOR: 1, FIRMAR CONFORME: , FECHA/HORA PROXIMA CONSULTA: 11/07/2025 11:20:00, RESPUESTA PRESTADOR:</p>
04/07/25	EVOLU	<p>CONTROL DE TEC SIN PC</p> <p>ACTUALMENTE REFIERE HIPERSENSIBILIDAD DE ZONA GOLPAEDA</p> <p>SIN HALLAZGO DE PATOLOGIA CLINICA AL EX FISICO ACTUAL</p> <p>INDICO PARACETAMOL CADA 8 HS</p> <p>PAUTAS DE ALARMA</p> <p>CONTROL EN 1 SEMANA</p>
30/06/25	EVOLU	<p>IAMI ML - TIPO DE REINGRESO: 0, FECHA ATENCION REAGRACION: / / , RELATO ACCIDENTE: SOSTENIENDO UNA ESCALERA ESTA SE CAE Y LE GOLPEA LA CABEZA Y LA CARA, DIAGNOSTICO: , GRAVEDAD: LEVE, BAJA LABORAL: N</p>
30/06/25	EVOLU	<p>FECHA ATENCION: 30/06/25, HORA: 16:13:00, INFORMET: PROFESIONAL : 1222 SALINAS LUDEÑA LIZZETT</p> <p>ESPECIALIDAD : CLINICA MEDICA</p> <p>DIAGNOSTICO :HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA</p> <p>29/06/2025HORA : 16:24</p> <p>SE REVISA TC DE ENCEFALO DENTRO DE PARAMETROS, SE CONTROLA TA 110/70 MMHG AL MOMENTO SIN SINTOMAS, POR LO CUAL SE LO ENVIA A CASA CON PAUTAS DE ALARMA Y ANLGESICOS.</p> <p>TRATAMIENTO : .</p> <p>ESTUDIOS : ..</p> <p>SE INDICAN PAUTAS DE ALARMA.</p> <p>GUARDIA MEDICA DE EMERGENCIA SE INDICA EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS 24 HS</p> <p>CONFIRMAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS</p> <p>=====</p> <p>PROFESIONAL : 1222 SALINAS LUDEÑA LIZZETT</p> <p>ESPECIALIDAD : CLINICA MEDICA</p> <p>DIAGNOSTICO :HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA</p> <p>29/06/2025HORA : 13:55</p> <p>PACIENTE ACUDE POR CUADRO DE CAIDA DESDE UNA ESCALERA AL ENCONTRARSE REMOViendo UN AJUSTE EN LA PARED, REFIERE NO HABER PERDIDO EL CONOCIMIENTO.</p> <p>TRATAMIENTO : TC CEREBRO SIMPLE</p> <p>ESTUDIOS : ..</p>



### AGENDA DE GESTION DEL SINIESTRO

Fecha	Tipo	Descripcion
-------	------	-------------

SE INDICAN PAUTAS DE ALARMA.

GUARDIA MEDICA DE EMERGENCIA SE INDICA EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS 24 HS

CONFIRMAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO POR CONSULTORIOS EXTERNOS

=====

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, PROF: CARTAGENA MARIO, MAT: .., FIRMAR TRABAJADOR: 1,  
FIRMAR CONFORME: , FECHA/HORA PROXIMA CONSULTA: 04/07/2025 11:20:00, RESPUESTA PRESTADOR:

### TRASLADOS COORDINADOS PARA EL ACCIDENTADO

Fecha	Estado	Origen	Destino
-------	--------	--------	---------

### CITACIONES CURSADAS AL ACCIDENTADO PARA PROX CONTROL O TRAMITES DE COMISIONES MEDICAS

Fecha	Tipo	Comentario	Lugar
-------	------	------------	-------

Denuncias de Accidentes o Emergencias

0800-777-2020

Atención al Publico

0800-333-3031

Coordinación de Traslados

0800-777-2010

Nombre del Paciente:	<b>LACREU PABLO SEBASTINA</b>		
Fecha Nacimiento:	05/12/1981	Cédula/ID:	29732007
Fecha del Estudio:	29/06/2025	Estudio ID:	0629130437427130
Referido Por:	0	Sexo:	M
Descripción Estudio:	TCMS DE CEREBRO		

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

### **ESTUDIO: TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ENCÉFALO SIN CONTRASTE**

**Protocolo:** Se efectuó tomografía computada helicoidal en equipo multislice. Se realizaron cortes de espesor variable en el plano axial para la exploración del encéfalo sin contraste endovenoso

CONTRASTE EV: NO

MOTIVO: TEC

#### **HALLAZGOS**

Línea media centrada.

El parénquima encefálico no muestra alteraciones densitométricas.

Sistema ventricular de morfología y disposición conservada.

Espacios subaracnoideos de la convexidad, cisternas basales y silvianas sin alteraciones.

No se evidencian colecciones hemáticas intra ni extraaxiales

Calificación de la glandula pineal

Engrosamiento de la mucosa de ambos senos maxilares y celdillas etmoidales

En la valoración con ventana ósea no se evidencian alteraciones morfológicas ni traumáticas agudas.

#### **CONCLUSIÓN**

Estudio sin hallazgos agudos intra y extra parenquimatosos por esta metodología al momento del estudio

INGRESO SRT NRO 2322413/2025  
CANTIDAD DE HOJAS: 12  
24/10/2025 12:57:48



  
Maiguashca Christian  
MN 188986

2025-06-29 14:51:39

  
Eduardo González Toledo  
MN 28509

2025-06-30 10:16:17



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Línea gratuita de atención al público:

Horarios de atención: de lunes a viernes de

Nº DE SINIESTRO: 315493

## CONSTANCIA DE

## ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

S.R.T.

FOLIO

35

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: LACREU Pablo CUIL / DNI N° 29.732.007  
 Fecha de Nacimiento: 5/12/1981 Sexo: M  F   
 Calle: SAN HERNANDEZ Nro: 2773 Piso: 2 Depto: B Localidad: V-DEVOTO  
 Provincia: CABO CP: 1417 Tel. Fijo: DDN( )- Tel. Móvil: 011-15-40370460

## DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: HIERRO (CASA de Fuego) PATERNO CUIT: 30717470 814

## DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: HOSPITAL SIRIO LIBANÉT CUIT: 30.54587302-4  
 Calle: AV. PIRATA Nro: 4658 Piso: Depto: Localidad: CABO  
 ESPECIFICACIÓN FIRMADA EN ORIGINAL 1419 Tel.: DDN( 011 )- 4574 -4343 Fax:  
 Mail: ART@HOSPITALSIRIOLIBANET.ORG.

## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

29/6/21 Hora: 12:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

29/6/21 Hora: 12:00

Fecha de primera atención médica:

29/6/21 Hora: 13:00

Descripción del motivo de consulta:

Tee. x coche de uve con protesis el escobero

escenario de el.

Diagnóstico: TEC 5/periodo Paulin socio/cel Bell

Indicaciones / Tratamiento: FIN TAC de suelo de c/nervología

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA Tratamiento médico asistencial pendiente: SI  NO Odontología  Dermatología  Psicoterapia 

Fecha de próxima revisión: 1/1/21 Hora:

Recalificación profesional: SI  NO 

Fecha de retorno al trabajo: 30/7/21 Hora: 9:00

Fin de tratamiento: 29/7/21 Hora: 9:00

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: Rechazo: Muerte: Fin de tratamiento: Por derivación:  Tipo de derivación: .....Afección inculpable: SI  NO Secuelas incapacitantes: SI  NO Prestaciones de mantenimiento: SI  NO El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico SI  NO 

El trabajador ameritó estimación de secuelas

incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO 

Fin de tratamiento: Fecha: 29/7/21 Hora: 9:00

Secuelas incapacitantes: SI  NO Recalificación profesional: SI  NO Prestaciones de mantenimiento: SI  NO El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico SI  NO 

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

**ALTA MÉDICA:** Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar))

**FIN DE TRATAMIENTO:** Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar))

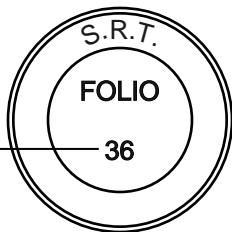
En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Cd Bot, 29/7/21

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

GRACIELA E. ACENZO  
 Matr. Nac. 4511  
 Especialista en Medicina Legal  
 Medicina Laboral  
 Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula



Berkley International ART S.A.  
Carlos Pellegrini 1023, PB  
C1009ABU Buenos Aires, Argentina  
Tel 54 11 43748 8248  
Fax 54 11 4378 8093

Buenos Aires, 24 de octubre de 2025

Señores:  
**Superintendencia de Riesgos  
Del Trabajo**

Referencia

ES COPIA FIRMADA EN S.R.T. NRO 2326976/2025

Expediente SRT 549974/25

Siniestro: 317003

Trabajador: GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Motivo: Divergencia en el Alta

De nuestra consideración:

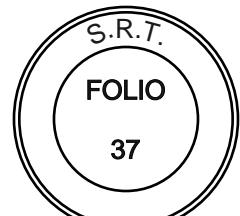
En respuesta a vuestra nota de referencia, adjunto la siguiente documentación:

- 1) Denuncia de la contingencia: Se adjunta
- 2) Historia clínica completa de la contingencia: Se adjunta
- 3) Informe de estudios complementarios: TAC
- 4) Protocolo quirúrgico: No corresponde.
- 5) Diagnóstico y estado actual del trabajador o Constancia de Alta Médica y/o Fin de Tratamiento en caso de haber sido otorgada: Se adjunta Alta médica sin secuelas incapacitantes con derivación a Obra Social.

Informamos que se detectó a través de los estudios médicos realizados que el trabajador presenta: "Aorta torácica de diámetro levemente aumentado en su segmento ascendente por este método de estudio (mide 43 mm en eje transverso). A nivel del parénquima pulmonar se observa imagen nodulillar cárlica de 5 mm en lóbulo inferior derecho y otra de 2 mm en lóbulo medio. Huella quirúrgica esternocondral derecha. Como hallazgo se menciona vesícula biliar de contenido heterogéneo, a valorar con estudio ecográfico. Con ventana ósea se observan incipientes signos degenerativos en raquis", por tratarse de patología inculpable, preexistente, que no guarda relación etiocronológica con el accidente denunciado, deberá canalizar su estudio y eventual tratamiento a través de su obra social, prepaga o sistema médico de su elección.

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

Fátima Rolón  
Berkley International ART



## Denuncia Administrativa

**Datos del Empleador**

CUIT 30-54174113-1 Razon Social CONS PROP CORRIENTES 3872  
Fax Tel. 43846115

Responsable MAMAIDANA Actividad Principal 831018 Nivel Cond. de H. y S. 2

Nro Siniestro 1 / 317003  
Contrato Nº. 105952

Siniestro Fecha 29/09/25 Hora 16:20:00

GUILLERMO DANIEL

Denuncias: Adm. Fecha 30/09/25 Hora 10:03:05 Médica Fecha / / Hora : :

**Datos del Trabajador**

CUIL 20-20406844-6 Documento DNI 20406844 Apellido, Nombre GUARAZ

Domicilio EL CHAJA 821 C.P. 1714 Localidad ITUZAINGO

Fecha Nac. 28/04/69 Sexo MASCULINO Est. Civil SOLTERO Nacionalidad 54

Profesión Categoría profesional Especialidad

Ult.Salario Mensual 2.031.000 Obra Soc.

Ingreso Errn. 01/03/15 Ant. meses 128 Ingreso Puesto 01/03/15 CUIT 30-54174113-1 Turno DIURNO

Lugar de Ocurrencia ANGEL GALLARDO Y ACOYTE

**Información sobre el accidente** País del Siniestro 54 ARGENTINA

Establishimiento 0 CONS PROP CORRIENTES 3872 Domicilio CORRIENTES AV. 3872

Localidad CAPITAL FEDERAL Actividad Desarrollada 0 ACTIVIDAD NO DETERMINADA

Abandono trabajo Fecha: / / Hora: : :

Nombre del supervisor

**Cuando supo el supervisor del accidente**

Testigos

Ocup.Habitual 19 9152 PORTEROS Y GUARDIANES Y AFI

Breve Relato

AYUDANTE DE ENCARGADO/ IN ITINERE HACIA  
SU DOMICILIO EN BICICLETA CUANDO ES  
ATROPELLADO POR UN VHC QUE SALIA DE  
COCHERA, CAE DE ESPALDA- DENUNCIANTE  
DESCONOCÉ LESIONES REFIERE QUE LE INDICO  
DOLOR EN OMOPLATOS - ATENDIDO POR OOSS  
RX HOMBRO IZQ PELVIS CODO IZQ MANO DER -  
AMBULATORIO

**Nivel de Conocimiento de la Tarea**

Tarea Habitual S Recibió entren.previo S Recibió capacit.especial S

**Primeros Auxilios** Medico

M.P.

Prestador que lo atiende INSTITUTOS MEDICOS S.A.

Establishimiento INSTITUTOS MEDICOS S.A.

Para ser llenado por la ART Corresponde rechazo L Causas

Tipo Den. Anterior 0 Accidente: Grado de Lesión L

Enf.Profesional: Agente Riesgo Diagnóstico M54 8 OTRAS DORSALGIAS Tiempo de Exp.

Detección  
Estimativo Días Perdidos 0

**Otros Datos**

ACC IN ITINERE Nro. Denuncia Policial Nro.Comisaria

Otros Accidentes N Fechas

Respon.Medicina del Trab. Respon.H y S del Trab.

Observaciones

Fecha de Carga 30/09/25

Aclaración

Listado de Tablas:

## Evolución

### Carga Seguimiento Evolución Tipo Descripción

**Siniestro** 317003      **Fecha** 29/09/25

**Accidentado** GUARAZ      GUILLERMO DANIEL

**Empleador** CONS PROP CORRIENTES 3872

### Carga Seguimiento Evolución Tipo Descripción

30/09/25	30/09/25	CINT Se cita px por guardia para recibir atencion
02/10/25	02/10/25	CINT Fecha atencion: 02/10/25, hora: 15:21:00, Informet: policontusion avp 29/09/25 al ex fisic lucido vigil ote moviliza 4 miembros sin defcit sin dolor en columna rom conservado sin defiit persiste dolor en parrilla costal izquierda sin disnea dolor palpatotrio rx sloa traumatica aparente solcito tac fkt x 5 reposo medios fisicos pautas de alarma control al finalziar fkt., Especialidad: Traumatología, Prof: CAIROLI VICTOR, Mat: 140011, Firmar trabajador: 0, Firmar conforme: , FECHA/HORA PROXIMA CONSULTA: 09/10/2025 00:00:00, Respuesta prestador:
09/10/25	01/10/25	CINT px acude a control el dia 01/10. Se le indicaron 5 ss de fkt (comienza 03/10) + tac de torax. Proximo control 09/10
13/10/25 09/10/25	09/10/25	CINT Alta Medica ML - Fecha Alta: 09/10/25, hora: 14:48:00, Diagnostico: -POLICONTUSIONES, Incapacidad: Sin Incapacidad, Tipo de Alta: Continúa tratamiento por afección inculpable, Fecha Reinicio Laboral: / / , Diagnóstico: -POLICONTUSIONES, Incapacidad: Sin Incapacidad, Tipo de Alta: Continúa tratamiento por afección inculpable, Actividad habitual: S, Sugerencia de recalificación: N, Firma del trabajador: 0, Firma conforme: , Prestaciones de mantenimiento: 0, Especialidad: Traumatología
17/10/25	17/10/25	CINT 17/10- PX SOLICITA REINGRESO, ENCARG DE EDIF / PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN COSTILLAS POR SINIESTRO ANT 317003 F ALTA 09/10/2025
21/10/25	09/10/25	CINT 20/10- solicita reingreso por tx costal, no amerita, indico alta

## TRATAMIENTO REHABILITACION KINESIOLOGIA

FOLIO

90762  
29/09/2025

Aseguradora: BERKLEY  
Código SRT: 0019

Nº Siniestro A.R.T. 317003  
Referente /EVOLUCIONES

Nº de Siniestro

90762  
29/09/2025

Apellido y Nombre Guaraz, Guillermo Daniel (71634)  
Domicilio: El Chaja 0821  
Provincia: Buenos Aires C.P.: 1714

C.U.I.L.: 20-20406844-6 Doc.: DNI 20406844 Nac.: 28/04/69  
Loc: ITUZAINGO  
Ocup.: Edad: 56

Razón Social: Cons Prop Corrientes 3872  
Domicilio:  
Provincia:

C.P.: 0 Teléfonos

C.U.I.T. 30-54174113-1  
Loc:  
Fax:

3/10  
fullondo 13:32

Establecimiento: INSTITUTOS MEDICOS S.A.  
Domicilio: Brown 0519  
Provincia: Buenos Aires C.P.: 1708 Teléfonos 5627-1348

C.U.I.T. 30-54584921-2  
Loc: Moron  
Fax: 5627-1143 memm@cmm.com.ar

Diagnóstico POLICONTUSIONES

Código CIE-10: 011

Atendido e 2/10/2025

### Evolución, Tratamiento o Prácticas Realizadas

Observaciones (X) Total

Nuevo control el:

A las:

Derivado a:

### Derivado a Otro Centro Asistencial

Motivo:

### Profesional Interviniente

Nombre y Apellido: CAIROLI VICTOR

Matrícula: 140011

Especialidad: Traumatología

Fecha de Confección 2/10/2025

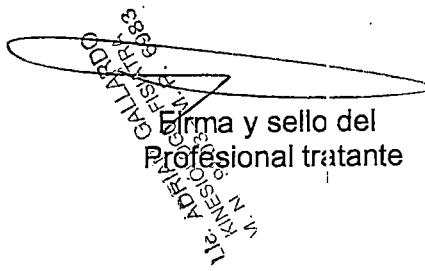
Firma:

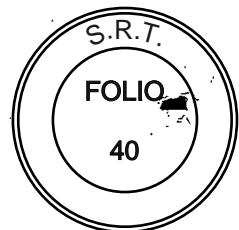
Dr. Victor Cairoli  
Especialista Traumatologo  
M.N. 140011 IMP. 162010

Paciente: Firma, aclaración y Nro. Documento

Nº DE SESIONES	FECHA	EVOLUCION Y TECNICA UTILIZADA	FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL KINESIOLOGO
1	03/10	TR		
2	04/10	TR		
3	04/10	TR		
4	04/10	TR		
5	04/10	TR		
6				
7				
8				
9				
10				

Nombre del Profesional tratante  
Firma y sello del Profesional tratante





CLINICA  
MODELO  
DE MORON

SANATORIO

SERVICIO DE KINESIOLOGIA - MEDICINA LABORAL - ART  
FICHA DE REHABILITACION

NOMBRE Y APELLIDO: *Franco Guillermo*CUIL/DNI: *20406894* ART: *Berkley* Nº Caso/siniestro: *317003*

Por la presente y con carácter de consentimiento informado, presto conformidad para que el profesional actuante realice la cantidad de sesiones indicadas. He sido debidamente informado y he comprendido los detalles y las características de los procedimientos indicados. Se me han explicado todos los posibles riesgos y los posibles beneficios y estoy de acuerdo con la realización del tratamiento propuesto.

De acuerdo a lo que dispone la ley, en caso de no concurrir a las citaciones efectuadas, y según lo establecido en el punto 2 del art. 20 de la Ley 24577, la aseguradora podrá suspender las mismas.  
Quedo debidamente notificado

*Camilo Guillermo Daniel*  
Firma y aclaración del paciente

Lic. Santeramo Leandro  
Kinesiólogo Fisiatra  
M.N. 10684 M.P. 5347

Firma y sello del profesional tratante

## EVALUACIÓN INICIAL (ANAMNESIS Y EVALUACION FKT):

*Baríngue do. f.t. perimetría  
orofaríngeo (I). Reviene QX  
tumor mediastino (9 cm).  
Se realiza QZ.*

Firma y sello del Profesional tte.

## Rangos Art. Iniciales (obligatorios)

## EVALUACION DE SEGUIMIENTO A MITAD DE TRATAMIENTO:

Firma y sello del Profesional tte.

## EVALUACION AL FINALIZAR LAS SESIONES (EPICRISIS)

*Breve evolución*  
LIC. ADRIAN GALLARTE  
KINESIOLOGO FISIATRA  
M.N. 9803

Firma y sello profesional tte.

## Rangos Art. Finales (obligatorios)



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES  
SECCION: TOMOGRAFÍA MULTISLICE  
Dr. Julio Cugini - Dr. Bernardo Schicht

Paciente: Guillermo, Guaraz  
Médico Solicitante: , Art Berkley  
Fecha del Estudio: 03/10/2025  
Obra Social:  
ID del Paciente: 20406844

Informe:

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX SIN CONTRASTE  
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Informe:

Axilas libres de adenomegalias.

Mediastino centrado, con aisladas imágenes ganglionares que conservan un diámetro habitual.

Tráquea y bronquios fuente permeables.

Silueta cardiaca de diámetro habitual.

Aorta toracica de diametro levemente aumentado en su segmento ascendente por este metodo de estudio (mide 43 mm en eje transverso)

No se observa derrame pleural ni pericárdico.

A nivel del parenquima pulmonar se observa imagen nodulillar calcica de 5 mm en lobulo inferior derecho y otra de 2 mm en lobulo medio.

Huella quirurgica esternocondral derecha.

Como hallazgo se menciona vesicula biliar de contenido heterogeneo, a valorar con estudio ecografico.

Con ventana ósea se observan incipientes signos degenerativos en raquis.

NOTA: Correlacionar con antecedentes, datos clínicos y exámenes complementarios.

  
Atentamente  
DRA. MONELLO ALEJANDRA  
Diagnóstico por Imágenes  
MN 126659 MP 59293

## Institutos Médicos S.A.

## Alta Médica

Hora: 13:53 Fecha: 20/10/2025  
Página:Aseguradora: BERKLEY  
Código SRT: 0019

Nº Siniestro A.R.T: 317387

Nº de Siniestro: 91140  
Del: 17/10/2025

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Guaraz, Guillermo Daniel (71634)  
Fecha de Nacimiento: 28/04/1969 Sexo: Varón

Localidad: ITUZAINGO

Calle: El Chaja 0821

Tel Móvil: 1530991032

Provincia: Buenos Aires

C.P.: 1714 Tel.Fijo:

C.U.I.L. 20-20406844-6 Doc.DNI 20406844

## DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Cons Prop Corrientes 3872  
Domicilio:

C.U.I.T. 30-54174113-1

Localidad:

Provincia:

C.P.: 0

## DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: INSTITUTOS MEDICOS S.A.  
Calle: Brown 0519  
Provincia: Buenos Aires  
Mail: memm@cmm.com.ar

Localidad: Moron C.U.I.T. 30-54584921-2

C.P.: 1708 Teléfono: 5627-1348

Fax: 5627-1143

## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo:  Accidente en Itinerario:   
 Fecha del Accidente / Primaria manifestación invalidante: 17/10/2025 Hora: 14:00  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral:  
 Fecha de primera atención médica: 17/10/2025 Hora: 14:39  
 Diagnóstico:  
 Descripción del motivo de consulta: reintegro

Indicaciones / Tratamiento: pte solicita reintegro x tx costal, tac s/p, se indica alta.

CONSTANCIA ALTA MÉDICA Tratamiento médico asistencial pendiente:  Si  NoDermatología  Odontología  Psicoterapia 

Fecha próxima revisión: Hora:

Recalificación profesional: Si  No 

Fecha de retorno al trabajo: 21/10/2025

Fin de tratamiento: 20/10/2025 Hora: 13:41

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica Rechazo Muerte: Fin de tratamiento Por derivación:  Tipo de derivación: .....Afección inculpable: Si  No Secuelas incapacitantes: Si  No Prestaciones de mantenimiento: Si  No 

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico

El trabajador ameritó estimación de secuelas Si  No 

incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17,

modificado por la Resolución SRT N° 3/21

CONSTANCIA FIN DE TRATAMIENTO 

Fin de tratamiento: Fecha: 20/10/2025 Hora: 13:41

Secuelas incapacitantes: Si  No Recalificación profesional: Si  No Prestaciones de mantenimiento: Si  No 

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico

El trabajador ameritó estimación de secuelas de secuelas incapacitantes, de

conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral

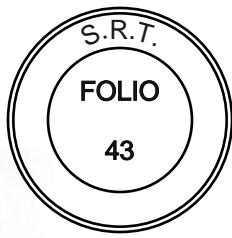
Moron; 20/10/2025

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y documento del paciente

En D.S Con Form'DD

ALBORNOZ PATRICIA  
MN 114828



ART: Berkeley

Línea gratuita de atención al público:

Horarios de atención: de lunes a viernes de

Nº DE SINIESTRO: 317003

DATOS DEL TRABAJADOR

\* Apellido y Nombre: Guzmán Orellana Daniel CUIL / DNI N° 20406844  
Fecha de Nacimiento: 28/09/1960 Sexo: M  F   
Calle: EL Olmo Nro: 821 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: Ituzaingó  
Provincia: BS AS CP: 1709 Tel. Fijo: DDN(\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Tel.Móvil: 0 \_\_\_\_\_ - 15 - 3099 1032

DATOS DEL EMPLEADOR

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL Cons Prof. Ad. Coartes 3872 CUIT: 30-54174113-1  
Nombre de la Empresa:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Institutos Médicos S.A CUIT: 30-54681821-2  
Calle: Brown Nro: 518 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: Morón,  
Provincia: BS AS CP: 1709 el.: DDN( 5627 13408 Fax: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia

Fecha de ocurrencia de la contingencia original: 28/09/25 Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de Alta Médica: 9/10/25 Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de de Solicitud de Reingreso: 17/10/25 Hora: \_\_\_\_\_

Descripción del motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Toxocel I

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indicaciones / Tratamiento: \_\_\_\_\_

Aceptación del Reingreso al tratamiento: SI   
NO  -> Fundamento de la denegación de reingreso \_\_\_\_\_

Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente.  
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)).

Morón 20/10/25

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Guzmán Orellana Daniel

Firma y Aclaración del Trabajador

*CLINICA MABEL BE MORON  
SANATORIO  
DRA ALBORNOZ PATRICIA  
MEDICINA LABORATORIO  
MEDICA TERAPEUTICA  
OLOGIA*

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

**Institutos Médicos S.A.**Aseguradora: BERKLEY  
Código SRT: 0019**Alta Médica**

Nº Siniestro A.R.T. 317003

**DATOS DEL TRABAJADOR**Apellido y Nombre: Guaraz, Guillermo Daniel (71634)  
Fecha de Nacimiento: 28/04/1969 Sexo: Varón  
Calle: El Chaja 0821  
Provincia: Buenos Aires

C.P.: 1714

Tel.Fijo:

Localidad: ITUZAINGO

Tel Móvil: 1530991032

C.U.I.L.: 20-20406844-6

Doc.: DNI 20406844

**DATOS DEL EMPLEADOR**Nombre de la Empresa: Cons Prop Corrientes 3872  
Domicilio:  
Localidad:

Provincia:

Tel:

C.P.: 0

**DATOS DEL PRESTADOR**Nombre del Establecimiento Asistencial: INSTITUTOS MEDICOS S.A.  
Calle: Brown 0519  
Provincia: Buenos Aires  
Mail: memm@cmm.com.ar

C.P.: 1708

Teléfono: 5627-1348

Localidad: Moron

C.U.I.T. 30-54584921-2  
Fax: 5627-1143**DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA**Accidente de Trabajo:  Accidente en Itinerio:   
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 29/09/2025 Hora: 16:20  
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Hora: 16:20  
Fecha de primera atención médica: 30/09/2025 Hora: 16:19  
Diagnóstico: 011  
Descripción del motivo de consulta: POLICONTUSIONESEnfermedad Profesional: Intercurrencia: 

Indicaciones / Tratamiento: Control de policontusión, mejoría sintomática sin disnea se explica tacc. patología inculpable, alta por patología relacionada con el siniestro con derivación a su os para continuar controles. pautas de alarma.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**CONSTANCIA ALTA MÉDICA**

Tratamiento médico asistencial pendiente:  Si  No  
 Dermatología  Odontología  Psicoterapia   
 Fecha próxima revisión: Hora:  
 Recalificación profesional: Si  No   
 Fecha de retorno al trabajo: //  
 Fin de tratamiento: 9/10/2025 Hora: 14:48  
 Motivo de cese de ILT:  
 Alta Médica  Rechazo   
 Muerte:  Fin de tratamiento   
 Por derivación:  Tipo de derivación: .....  
 Afección inculpable: Si  No  .....  
 Secuelas incapacitantes: Si  No   
 Prestaciones de mantenimiento: Si  No   
 El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico  
 El trabajador ameritó estimación de secuelas Si  No   
 incapa....., de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

**CONSTANCIA FIN DE TRATAMIENTO**

Fin de tratamiento: Fecha: 9/10/2025 Hora: 14:48  
 Secuelas incapacitantes: Si  No   
 Recalificación profesional: Si  No   
 Prestaciones de mantenimiento: Si  No   
 El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico  
 El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de  
 conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21

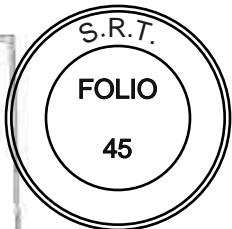
ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ([www.srt.gob.ar](http://www.srt.gob.ar)). En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral

Moron; 9/10/2025  
Lugar y Fecha

20406844  
Firma, aclaración y documento del paciente  
Guillermo

Dr. Victor Caballé  
Esp. en Traumatología  
Nro. 140011 MP. 453019  
CAIROLI VICTOR  
140011

ExP=54pp74/25



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**OSPERYH**

ESTABLECIMIENTO PRINCIPAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y HOSPITALARIA

## Informe

27 OCT 2025

INSTITUCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOES

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	Masculino	Activo

15/10/2025 - 3027646 - OSPERYH - Clínica Ciudad | 6809800

### Detalle

#### Examen Físico

Frecuencia Cardíaca :

Temperatura :

Tensión Arterial :

#### Motivo de Consulta

dolor en region region costal izquierda

#### Enfermedad Actual

Paciente masculino de 56 años refiere que tras caida de bicicleta presenta golpe en region costal izquierda, es atendido por ART quien recomienda realizacion de kinesiologia evidenciando mejoría, al momento acude tras realizar esfuerzo fisico extenuante presentando exacerbacion del cuadro, se medica diclofenaco+paracetamol evidenciando leve mejoría, niega otra sintomatología.

#### Impresión Diagnóstica

costalgia

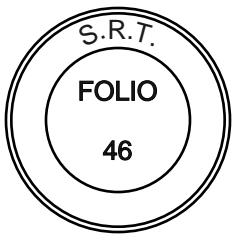
#### Tratamiento

hidratacion

diclofenaco 75 mg im stat

dexametaxona 8 mg im stat

signos de alarma



## Informe

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	Masculino	Activo

17/10/2025 - 3028567 - OSPERYH - Clínica Ciudad | 6809800

### Detalle

#### Examen Físico

Frecuencia Cardíaca : .....

Temperatura : .....

Tensión Arterial : .....

#### Motivo de Consulta

.control dorsalgia postraumática

#### Enfermedad Actual

.paciente de 56a

antc de tumor del mediastino anterosuperior operado septiembre /2024 hostipal Tornú no aporta estudios. segun refiere paciente tumoracion benigna.

Niega alergia a medicamentos

extabaquista/niega OH

REfiere accidente en la vía pública bicicleta ( conducia el paciente ) vs auto. politraumatismo, no TEC, EValuado por el SAME quienes lo transladan al hospital Durand donde le dx " solo golpes " luego continuo la evaluación por ART le indicaron tto con diclofenac 50 mg +paracetamol 500mg cada 8hs por 4 dias Suspendió por acidez.

por persistencia del dolor consultó a guardia el dia 15/10 /25 donde le adm analgesico im

REconsulta a guardia por persistencia del dolor, niega fiebre, niega tos

Al ex fisico Saturación 96% al 0.21 FC 86 por mint TA 130/88 mmhg Afebril 36.7 g

Buena mec ventilatoria murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Al ex de región de tórax en sitio del dolor no presenta hematomas, si dolor a la presión y con los movimientos del tronco

Sist CV R1R2 en cuatro focos

diuresis conservada

Lúcido vigil orientado por 3 moviliza 4 miembros

indico analgesico im

solicito rx tórax f y p

rx con fisura costal.

#### Impresión Diagnóstica

.fisura costal

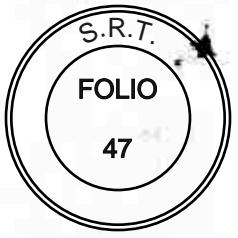
#### Tratamiento

.ibp 20mg

dolofrix forte

faja,

reconsultar con ART



**OSPERYH®**

ORGANIZACION DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD Y ORIGINAL

## Informe

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	Masculino	Activo

17/10/2025 - 3028567 - OSPERYH - Clinica Ciudad | 6809800

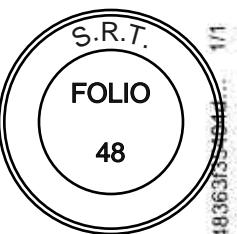
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

INGRESO SRT NRO 2333498/2025-1

CANTIDAD DE HOJAS: 11

27/10/2025 10:10:25

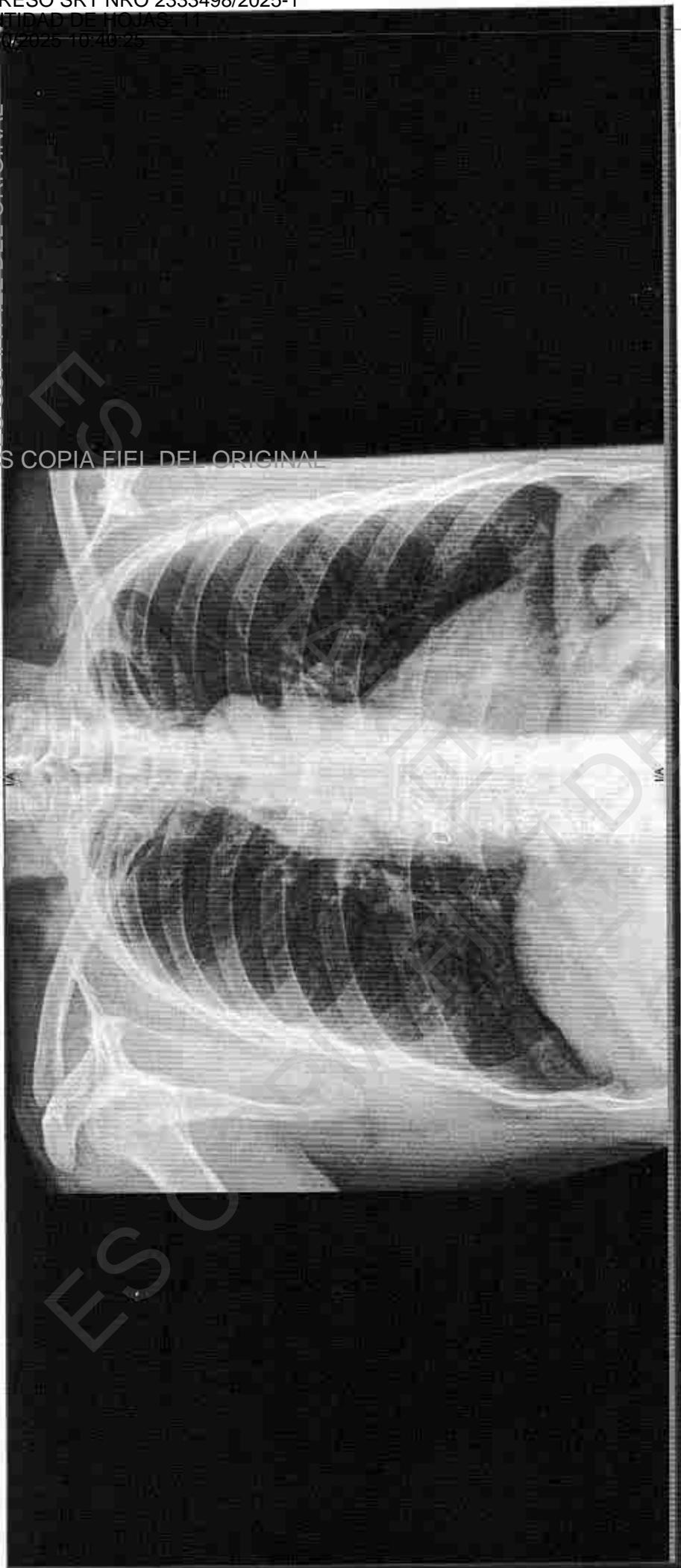
0000



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

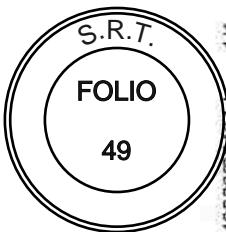
V/M VIRTUAL FILM HTML5

27/10/25, 9:02



1/1

<https://estudios-visualmedical.osperyn.org.ar/viewer/index.php/pacientes?urlParam=373e35474a404645334b4941483c3830374a48442f3b30447414a33463742474142363747514442364439424e3483631338411>



MES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

VM VIRTUAL FILM HTML5

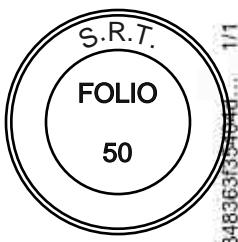
27/10/25, 9:02

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

17

<https://estudios-visualmedical.osperny.org/api/v1/param?Param=373e35474a40d645334d4941483c383034aa48a423b3044474143346374247414236313745144236443941424e4348363135...>

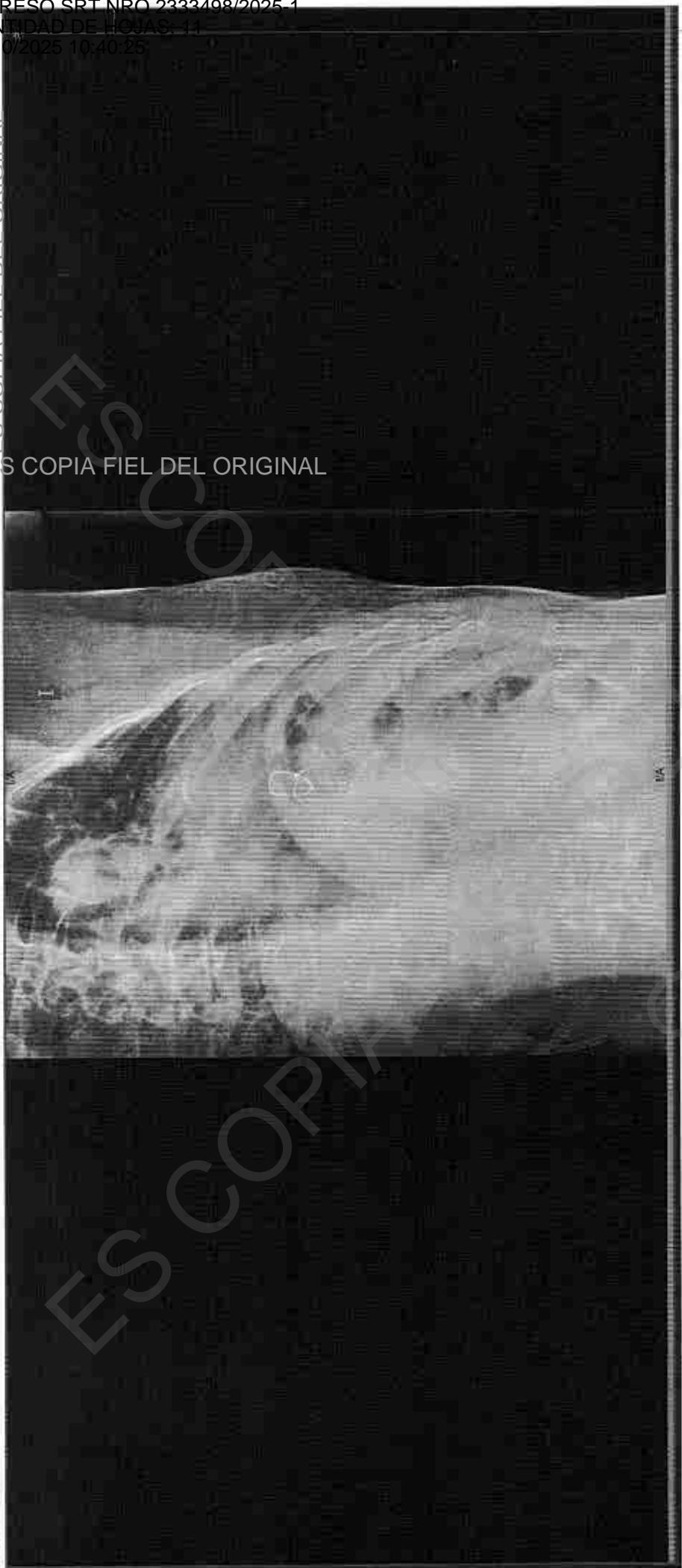
000



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

VM VIRTUAL FILM HTML5

27/10/25, 9:03





CLINICA SISTEMA DEL PESQUERAL DE LOS LAGOS DE RIVERA Y TIRIBURU

## Informe

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	Masculino	Activo

20/10/2025 - 3029697 - OSPERYH - Clinica Ciudad | 6809800

### Detalle

#### Examen Físico

Frecuencia Cardíaca :

Temperatura :

Tensión Arterial :

#### Motivo de Consulta

dolor costal

#### Enfermedad Actual

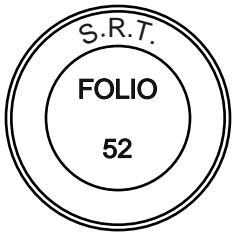
paciente sexo masculino, de 56 años, refiere dolor costal, se explica a paciente que la patología no corresponde a traumatología

#### Impresión Diagnóstica

dolor costal

#### Tratamiento

pautas de alarma  
ic clínica médica



**OSPERYH**

ESTACIONES DEL PERSONAL DE OFICIOS DE OSPEYH Y CIRUGIA

## Informe

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	Masculino	Activo

20/10/2025 - 3029719 - OSPERYH - Clínica Ciudad | 6809800

### Detalle

#### Examen Físico

Frecuencia Cardíaca :

Temperatura : -

Tensión Arterial : -

#### Motivo de Consulta

trauma en el torax

#### Enfermedad Actual

Pac masc de 56a de edad , quien presenta dolor costal izq que limita a los movimientos respiratorios con inspiracion profunda y esfuerzo fisico segun refiere , posterior a traumatismo de torax el dia 29-09- 25 acude a guardia el dia viernes , le realizan Rx de torax es derivado a la ART ,para seguimiento realizando 5 sesiones de Fisioterapia tipo lampara el pac y posterior alta medica ,(refiere antc de TU de mediastino -Qx hace 1 año en el Hosp Tornu ). Actualmt tiene control el dia jueves con medico de cabecera para seguimiento e IC con Cirugia de torax

#### Impresión Diagnóstica

Traumatismo de torax Izq

- Neuritis costal Izq post traumatico

#### Tratamiento

-IC cirugia de torax

Etoricoxib 90mg

pautas de alarma

INGRESO SRT NRO 2333498/2025-1

CANTIDAD DE HOJAS: 11

27/10/2025 10:40:25

000

S.R.T.

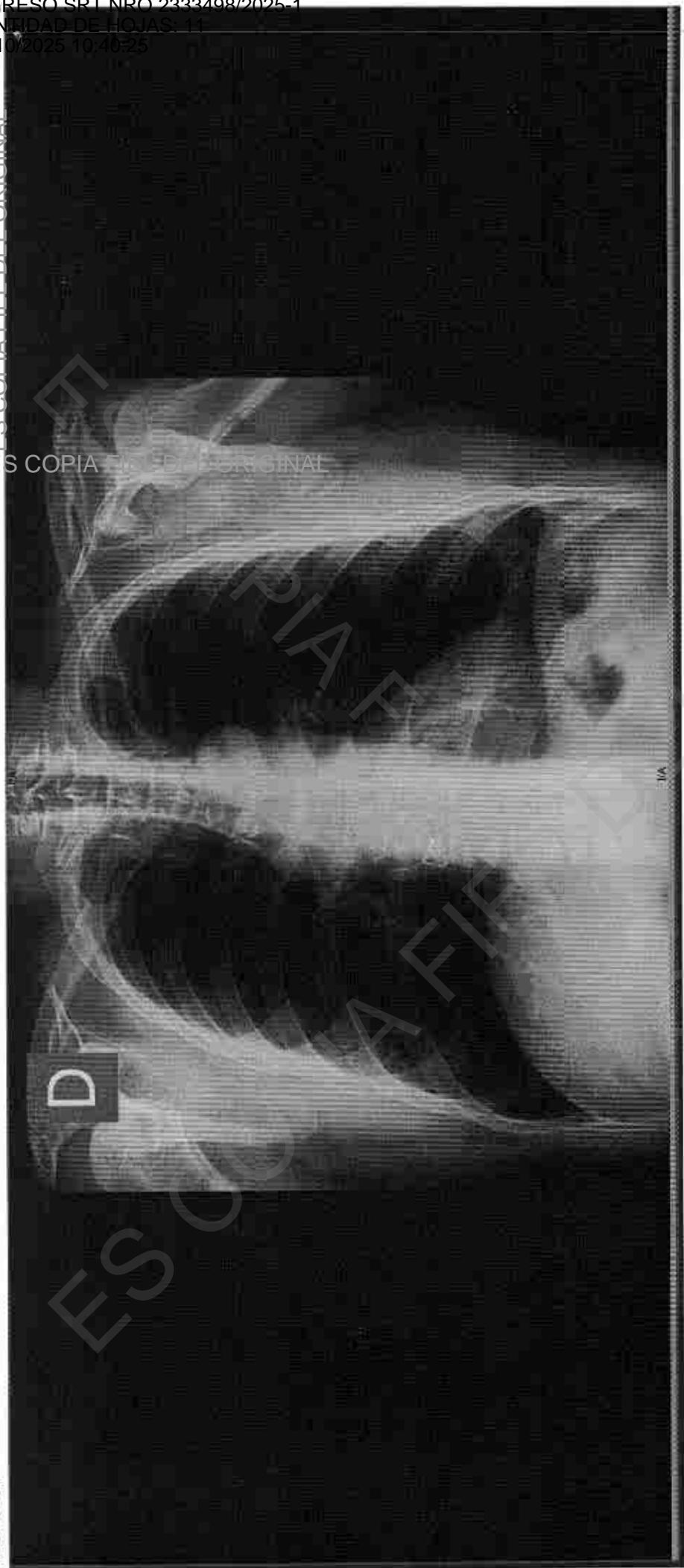
FOLIO

53

ES COPIA FOTO DEL ORIGINAL

VM VIRTUAL FILM HTML5

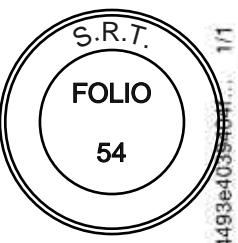
27/10/25, 9:04



1/1

<https://estudios-visualmedical.osperyh.org.ar/viewer/index.php/pacientes?urlParam=373e35474a4046453341a4943493838303f4a48442f3b30444741a33463742363374751444236423aa494b44493e403584>

0000



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

VM VIRTUAL FILM HTML5

27/10/25, 9:04





CONSULTA MÉDICA | CASTRO FREYRE, MARIA PATRICIA



**OSPERYH**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS Y HORIZONTAL

## Consulta Médica

OBRA SOCIAL N° 68098/00

Paciente	Edad	Sexo	Estado
GUARAZ, GUILLERMO DANIEL	56	M	Activo DIRECTO

23/10/2025 | CASTRO FREYRE, MARIA PATRICIA (Guardia Adultos) | Delegacion Ramos Mejia - Guardia | Evento N° 00527

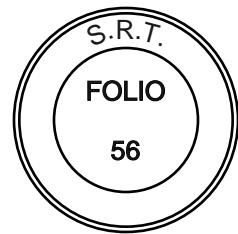
**Motivo:** Refiere accidente de transito (29/09), fue derrivado de su bicicleta x un auto. Derivado a ART. Dado de alta, concurrió a CI. Ciudad donde según el paciente presentaba fisura de 1 costilla izq. Concurre a ésta para analgesia IM, pues los analgesicos le producen molestias gastricas.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Diagnóstico: Tx costal

Medicación: Diclofenac 75 + dexametasona 8 (IM)  
Agrego Omeprazol a alines recetado  
sControl x OyT

Firma y sello del Profesional



Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Buenos Aires, 29 de octubre de 2025.-

**Expediente: 549974/25**

Se informa que la presentación realizada ante la S.R.T., registrada bajo INGRESO SRT N°:2333498/2025 ha sido incorporada al correspondiente trámite médico.

ES Queda a Ud. debidamente notificado.

**Erika Carlos Quiroga  
Comisión Médica N° 10-CABA  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo**

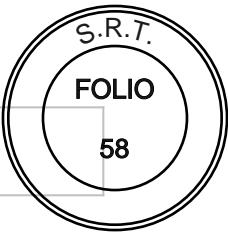
## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
Trabajador CUIL: 20204068446,	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	29/10/2025

**Total Consulta:** 1

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**SRT****SUPERINTENDENCIA DE  
RIESGOS DEL TRABAJO****Estudios**

**Comisión:** 10E.Capital Federal  
**Fecha:** 22/10/2025    **Hora:** 10:31

---

**TRAMITE LABORAL**

---

**C.U.I.L./C.U.I.T:** 20-20406844-6**Nº de Expediente SRT:** **549974/25****A.R.T.:** BERKLEY INTERNATIONAL A.R.T.**Siniestro Nro:** 317003202500371700**Motivo Presentación:** Divergencia en el Alta

---

**DATOS DEL DAMNIFICADO**

---

Apellido y Nombre: GUARAZ GUILLERMO DANIEL

Domicilio: EL CHAJA 821

Localidad: ITUZAINGO    C.P.: 1714

Provincia: BUENOS AIRES                      T.E.:

---

**Estudios y/o Prácticas Solicitados****Completo**

Código	Descripción de la práctica	Prestador	Fecha Solicitud	Fecha Prestacion	Fecha Recepcion	Medico Solicitante
99.01.001	SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA	SRT Prestaciones Internas	22/10/2025	22/10/2025	30/10/2025	Médico DE 10D

---

SI UD ESTA EMBARAZADA O POSEE ALGUNA CONDICION MEDICA POR LA CUAL ESTE ESTUDIO PODRIA ESTAR CONTRAINDICADO, POR FAVOR CONSULTE A SU MEDICO DE CABECERA. SI ESTE LE CONTRAINDICA EL ESTUDIO, POR FAVOR ACERQUE EL CERTIFICADO MEDICO CORRESPONDIENTE PARA QUE SEA ADJUNTADO AL EXPEDIENTE.

**Fecha:** 22/10/2025 - **Firma:** Karina Tuhay



Por medio de la presente se deja constancia que GUARAZ GUILLERMO DANIEL, CUIL 20204068446, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados obrantes en el Expediente Electrónico S.R.T. N° 549974/25 hasta el día de la fecha.  
CONSTE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ACEPTACIÓN DE PATROCINIO LETRADO

Quien suscribe Guaraz Guillermo Daniel , DNI 20.405.844 , con domicilio real en en la calle El Chaja 821, Ituzaingo , Buenos Aires a los 23 días del mes de octubre del año 2025 , acepta el patrocinio letrado del Dr. Matías Christian García Climent, C.U.I.T. 20313806198, Matrícula TOMO 97 FOLIO 16 CPACF y T° 46 F° 393 C.A.S.I con domicilio legal constituido en Avenida Dr. Ricardo Balbín N° 2401 1° A, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y domicilio electrónico en matiasgarciacliment@gmail.com, para actuar en los procedimientos administrativos establecidos en la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo que triten ante las Comisiones Médicas o el Servicio de Homologación en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, conforme lo reglado en la Resolución S.R.T. n° 298/17.

ESCOPIA FIEL DEL ORIGINAL



Firma del damnificado

MATÍAS CHRISTIAN GARCÍA CLIMENT  
ABOGADO  
T°97 F°16 C.P.A.C.F  
T°XLVI F°393 C.A.S.I.

INGRESO SRT NRO 23876421825  
CANTIDAD DE HOJAS: 5  
31/10/2025 09:32:49 E0110

ESCOPIA FIEL DEL ORIGINAL



APELLIDO/S:  
**GARCIA CLIMENT**  
NOMBRE/S:  
**MATIAS CHRISTIAN**  
NUMERO DE DOCUMENTO:  
**31.380.619**

MATIAS CHRISTIAN  
NUMERO DE DOCUMENTO:  
**31.380.619**

CHRISTIAN  
NUMERO DE DOCUMENTO:  
**31.380.619**

**\$1,380,619**

## NACIONALIDAD: ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICION:  
**23 AGO 2011**

FECHA DE VENCIMIENTO  
**23 AGO 2026**

SEXO: M

FIRMA DEL IDENTIFICADO

NO VALIDO PARA VOTAR

১

Folio

INGRESO SRT NRO 23876223.025  
CANTIDAD DE HOJAS: 5  
31/10/2025 09:32:29

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DOMICILIO: AVDA RICARDO BALBIN 2349 2 10 -  
BELGRANO - CIUDAD DE BUENOS AIRES - CIUDAD  
DE BUENOS AIRES  
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 16 NOV 1984  
- CIUDAD DE BUENOS AIRES



DNI



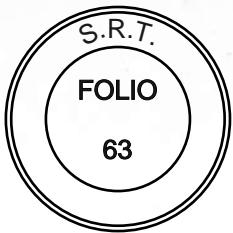
Nº DE TRAMITE:  
00066964967

OF. IDENT.  
7017

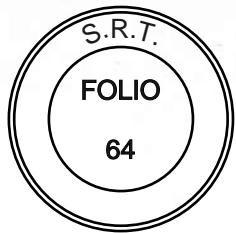


Cr. A. Florencio Randazzo  
Ministro del Interior

Documento con firma digital. Certificado emitido por ANSES.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



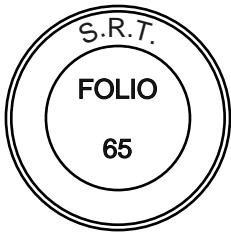
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Ley Nº 23.187, promulgada el 25 de junio de 1985:**

Artículo 8º - (...) Es facultad de los abogados en el ejercicio de su profesión requerir a las entidades públicas información concerniente a las cuestiones que se les hayan encargado y, asimismo, tener libre acceso personal a archivos y demás dependencias administrativas en las que existan registros de antecedentes (...) Artículo 9º - En dependencias policiales, penitenciarias o de organismos de seguridad, deberán proporcionarse al abogado los informes que éste requiera respecto de los motivos de detención de cualquier persona y el nombre del juez a cuyo cargo se hallare la causa. Dicho informe deberá ser proporcionado por escrito y por intermedio del funcionario de mayor jerarquía existente al momento del requerimiento. No podrán establecerse horarios para evacuar tales pedidos, a cuyo efecto se consideran hábiles las veinticuatro horas del día. La sola exhibición de la credencial otorgada por el Colegio es requisito suficiente para acreditar la condición de abogado.



Esta credencial es propiedad del CPACF. Se entrega al matriculado para su uso profesional y es intransferible.  
En caso de pérdida, sírvase enviar a Av. Corrientes 1441, CABA.



# Ingreso

Nro: 2387622/2025

**Tipo de presentación:** Informar Alta de Apoderado / Letrado Patrocinante

**Tipo de Ingreso:** CARTA PODER

**Tema:** SOLICITO SE DE ALTA A MI ABOGADO A LOS FINES DE QUE SE LO VINCULE EN EL EXPEDIENTE

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## Datos de Contacto del Remitente

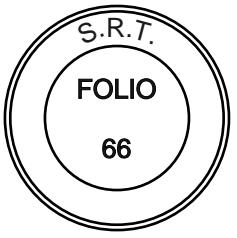
**CUIL:** 20204068446

**Nombre y Apellido:** GUARAZ GUILLERMO DANIEL

**Teléfono Fijo:** (054)75222781

**Teléfono Celular:** (011)1530991032

**Email:** Guillegdgguaraz@gmail.com



## FORMULARIO INICIO

**Expediente:** 549974/25

**Tipo de Trámite CM:** Divergencia en el Alta

**Iniciado en:** 010 - CAPITAL FEDERAL

### Damnificado

**CUIL:** 20204068446

**Tipo y Nro. Documento:** DOCUMENTO UNICO - 20406844

**Apellido Nombre:** GUARAZ GUILLERMO DANIEL

**Fecha Nacimiento:** 28/04/1969

ES COMUNICACIONES

**Dirección Electrónica:** Guilleddgguaraz@gmail.com

**Sexo:** M

**Teléfono Fijo:**

**Celular:** (011)1530991032

**Celular Contacto:** -

**Domicilio Notificación:** El Chaja 821 -  
BUENOS AIRES - ITUZAINGO - CP: 1714

**Solicitante:** Damnificado

### Domicilios

### Accidente-ART-Empleador

**Fecha Accidente/PMI:** 29/09/2025

**Intercurrencia:** No

**Nro Accidente:** 317003202500371700

**Tipo Accidente:** In Itinere

**Es una Enfermedad No Listada:** -

**ART/EA:** 00019 - BERKLEY

**CUIT Ocurrencia:** 30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872

**Empleador:** 30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872

**CIIU Principal del Contrato:** 949920 - Servicios de consorcios de edificios

### Patrocinante

**Gratuito:** No

**CUIL:** 20313806198 **Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 31380619

**Apellido y Nombre:** GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN

**Celular:** (011)1531589342

**Matricula:** F°97 T°16

**Domicilio:** AV Dr. Ricardo Balbín N° 2401 1° A - C.A.B.A. - CAPITAL FEDERAL - CP: 1085

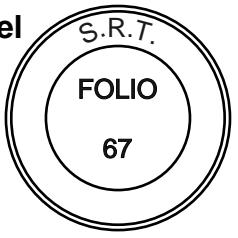
**Dirección Electrónica:** matiasgarciaclement@gmail.com

### Otros Datos

**Fecha Alta Medica:** 20/10/2025

**Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el damnificado y la información que trae el sistema: No**

**Observaciones:** \*\*\*\*\*

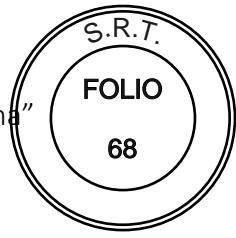


ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



2025 "Año de la Reconstrucción de la Nación Argentina"



Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

CABA, 3 de noviembre de 2025

**Ref.: Expediente SRT N° 549974/25**

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

---

Se informa que la presentación realizada ante la S.R.T., registrada bajo INGRESO SRT N° **2387622/2025**, ha sido incorporada al correspondiente trámite médico.

Asimismo, se le hace saber que se ha modificado la información del Patrocinio letrado en el expediente de referencia, de acuerdo a lo solicitado.

**Ma. Verónica Hassen**  
**Comisión Médica N° 010 – CABA**  
**Superintendencia de Riesgos del Trabajo**

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
Trabajador CUIT Letrado: 20313806198	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	03/11/2025
Trabajador CUIL: 20204068446, 20313806198	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	03/11/2025

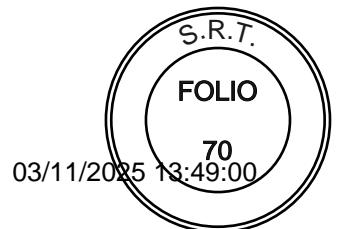
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Total Consulta:**

**2**

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

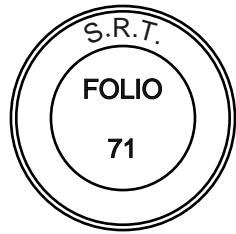
Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN, CUIT 20313806198, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 549974/25 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



"AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

*Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

Fecha: 04/11/2025 12:41

## DICTAMEN MEDICO

### DATOS PRINCIPALES

Nro. Expediente SRT: 549974/25  
Comisión Médica: 010 - CAPITAL FEDERAL

Fecha Inicio Trámite: 22/10/2025  
Localidad: CAPITAL FEDERAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

### DAMNIFICADO

Damnificado: 20204068446 - GUARAZ GUILLERMO DANIEL - DOCUMENTO UNICO - 20406844

Fecha de nacimiento: 28/04/1969 Edad: 56

Sexo: M

Domicilio notificación: El Chaja 821

Localidad notificación: ITUZAINGO - BUENOS AIRES - CP:1714

A.R.T./E.A.: 00019 - BERKLEY Nro AT/EP: 317003202500371700

Empleador: 30541741131 - CONS PROP CORRIENTES 3872

Tareas Habituales del Damnificado: Ayudante de portería.

Antigüedad en la Empresa: 28 años

### FUNDAMENTOS Y DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Motivo de la presentación: Divergencia en el Alta

Fecha Accidente: 29/09/2025

Suspende tareas: SI

Descripción de la contingencia: Relata el trabajador que dirigiéndose de su trabajo a su domicilio, en bicicleta, en contexto de siniestro vial, presenta contusión costal.

Estudios y Tratamientos Recibidos: Concurre derivado por SAME al Hospital Durand, donde realizan radiografías, y luego concurre por su ART, donde realizan radiografías, TAC sin contraste de tórax, FKT (5 sesiones), tratamiento médico y alta. Luego de alta, retorna a sus tareas habituales. Luego del alta, realiza otras consultas por su obra social, donde realizan radiografías. El trabajador refiere que aún continúa con dolor.

Sector de Trabajo: Cons Prop Corrientes 3872

Fecha Alta Médica: 20/10/2025

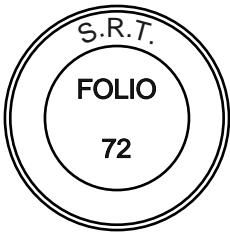
Cese ILT: SI

Fecha Cese ILT: 20/10/2025

Motivo Cese ILT: Alta médica

### PREEXISTENCIAS

Agustina Laura Ponzone  
Matr. Nac. 124125  
010 - CAPITAL FEDERAL  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo  
Expediente: 549974/25



No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.

#### EXAMEN FÍSICO

**Miembro Habil Superior:** Derecho

**Observaciones:** SISTEMA RESPIRATORIO: Presenta cicatriz inframamaria derecha, de 21 cm, longitudinal, compatible con cirugía de septiembre del 2024 (extracción de tumoración benigna en mediastino, como refiere el trabajador, operado en el Hospital Tornú). Disnea: no refiere. Frecuencia respiratoria: normal. Cianosis: no presenta. Aleteo nasal: no presenta. Dedos hipocráticos: no presenta. Empleo de músculos accesorios de la respiración: no presenta. Vibraciones vocales: conservadas. Percusión de playas pulmonares: sonora. Murmullo vesicular: normal. Ruidos respiratorios patológicos: no se ausultan.

#### ESTUDIOS Y/O DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Se comunica a las partes intervinientes que toda la prueba incorporada al expediente ha sido evaluada previo a la emisión del presente dictamen. Se consigna a continuación el extracto de los elementos probatorios que esta comisión médica entiende esenciales y decisivos para la correcta prosecución de las actuaciones, conforme lo establecido en la normativa vigente. -Expte digital SRT. -Solicitud de intervención. -Fotocopia de DNI. -Registro siniestral por CUIL. -Denuncia de accidente. -Alta médica por ART. -Evolución médica. -Acta de audiencia médica.

#### DIAGNÓSTICO

**Diagnóstico:** S20 - Traumatismo superficial del tórax - Contusión en tórax.

#### CONCLUSIONES

**CONCLUSIÓN:** Del análisis de la documentación obrante en el expediente, esta Comisión Médica concluye y dictamina que las prestaciones en especie otorgadas han sido suficientes, motivo por el cual, no las amerita en especie en la actualidad.

**Revoca alta:** NO

**Dictamina En Mano:** NO

**Incumplimiento del trabajador en estudios:** NO

**Incumplimiento del trabajador en documentación:** NO

#### PRESTACIONES EN ESPECIE

**No amerita continuar con prestaciones por la ART en la actualidad.**

---

#### Aclaración:

El presente dictamen puede ser apelado dentro de los CINCO (5) días de haber sido notificado. Para ello, en oportunidad de plantear la apelación, deberá indicar en el mismo acto, por escrito y, de forma excluyente, los motivos de su disconformidad. En caso de no reunir estos requisitos el recurso se considerará infundado y no se le dará curso. Podrá solicitar a la Mesa de Entradas de la Comisión Médica el Formulario tipo para la presentación de

Agustina Laura Ponzone

Matr. Nac. 124125

010 - CAPITAL FEDERAL

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 549974/25



la Apelación en caso que lo requiera. A su vez, el mismo estará disponible en la Página Web del Organismo para su impresión y posterior utilización.

Se hace saber que conforme a lo establecido por el artículo 46 de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias "Una vez agotada la instancia prevista ante las comisiones médicas jurisdiccionales las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Se recuerda que la normativa vigente establece que "...La Comisión Médica Jurisdiccional elevará las actuaciones al Juzgado competente cuando el trabajador hubiera interpuesto recurso y además optado en ese sentido, atrayendo en su caso los recursos interpuestos por las demás partes." Por lo tanto, se le informa a Ud. que, en caso de presentar el recurso de apelación al Dictamen Médico de la Comisión Médica Jurisdiccional, las actuaciones se remitirán a la Comisión Médica Central excepto manifestación expresa de la opción referida; de no mediar aclaración alguna, se dará continuidad a la instancia administrativa.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes..."

El presente dictamen es suscripto y se aprueba en cumplimiento del procedimiento normado por la Resolución SRT N° 179/15 y en el marco de las competencias asignadas por el Decreto N° 717/96 -modificado por el Decreto N° 1.475/15-.

La fijación de prestaciones en Especie no determina la naturaleza laboral de la contingencia o profesional de la enfermedad.

#### FIRMAS Y ACLARACIONES

Agustina Laura Ponzone  
Matr. Nac. 124125  
010 - CAPITAL FEDERAL  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo  
Expediente: 549974/25

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: BERKLEY	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Envío de Notificación del Dictamen a la ART con Plazo	04/11/2025
Trabajador CUIL: 20204068446, 20313806198	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. del Dictamen al Patrocinante/Trabajador	04/11/2025
Trabajador CUIT Letrado: 20313806198	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notif. del Dictamen al Patrocinante/Trabajador	04/11/2025

**Total Consulta:** **3**

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

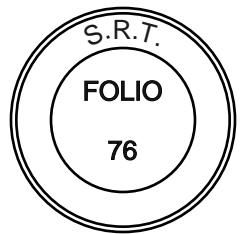
Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN, CUIT 20313806198, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 549974/25 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



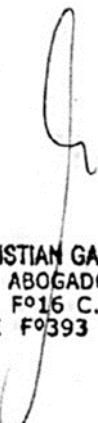
**SOLICITA URGENTE ARCHIVO DEL EXPEDIENTE.**

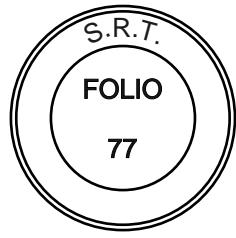
SRT:

MATÍAS CHRISTIAN GARCÍA CLIMENT, abogado inscripto en el tomo 97 folio 16 del CPACF y en el tomo 46 folio 393 del CASI, DNI 31380619, CUIT 20-31380619-8, apoderado de la damnificada, manteniendo domicilio electrónico en [matiasgarciacliment@gmail.com](mailto:matiasgarciacliment@gmail.com), teléfono 4545-2488, respetuosamente me presento y digo:

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Atento al estado de autos vengo a **SOLICITAR DE FORMA URGENTE EL ARCHIVO DEL PRESENTE EXPEDIENTE.**

Proveer de conformidad,  
**SERÁ JUSTICIA**

  
MATÍAS CHRISTIAN GARCÍA CLIMENT  
ABOGADO  
Tº97 Fº16 C.P.A.C.F  
TºXLVI Fº393 C.A.S.I.



**SOLICITA DICTAMEN FIRME.**

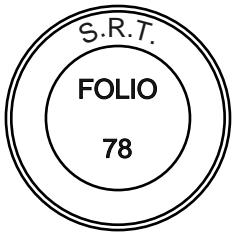
**SRT:**

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL **MATÍAS CHRISTIAN GARCÍA CLIMENT**, abogado inscripto en el tomo 97 folio 16 del CPACF y en el tomo 46 folio 393 del CASI, DNI 31380619, CUIT 20-31380619-8, letrado apoderado de la parte damnificada, respetuosamente dice:

Que atento el estado de autos viene a **SOLICITAR DICTAMEN FIRME.**

Proveer de conformidad,  
**SERÁ JUSTICIA**

  
**MATÍAS CHRISTIAN GARCÍA CLIMENT**  
ABOGADO  
Tº97 Fº16 C.P.A.C.F  
TºXLVI Fº393 C.A.S.I.



# Ingreso

Nro: 2503018/2025

**Tipo de presentación:** Solicitar archivo / desarchivo del expediente

**Tipo de Ingreso:** NOTA

**Tema:** SOLICITA SE ARCHIVE

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## Datos de Contacto del Remitente

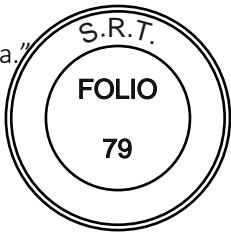
**CUIL:** 20313806198

**Nombre y Apellido:** GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN

**Teléfono Fijo:** (011)45452488

**Teléfono Celular:** (011)1531589342

**Email:** matiasgarciacliment@gmail.com



Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

**FECHA:** 13/11/2025

**EXPEDIENTE S.R.T. N°:**549974/25

**MOTIVO:** DIVERGENCIA EN EL ALTA

**DAMNIFICADO:** GUARAZ GUILLERMO DANIEL

**C.U.I.L. N°:**20204068446 -

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

---

Téngase por agregada la presentación efectuada por la parte trabajadora, registrada bajo INGRESO SRT N° 2503018/2025. Asimismo, se informa que del análisis efectuado por el Área de Control competente se desprende que la misma no resulta admisible.

Sin perjuicio de ello, se solicita que la misma sea remitida con la firma y aclaración ológrafo (puño y letra) del trabajador. Cabe aclarar que la misma no debe ser digital, recortada y pegada de otro formato, como así tampoco fotocopia.

Por lo expuesto, se solicita dar cumplimiento con el requisito mencionado precedentemente en un plazo de 48 hs; bajo apercibimiento de tenerlo por no presentado.

Queda Ud. debidamente notificado.

Erika Carlos Quiroga  
Administrativa  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
Trabajador CUIT Letrado: 20313806198	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	13/11/2025
Trabajador CUIL: 20204068446, 20313806198	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	13/11/2025

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**Total Consulta:**

**2**

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

INGRESO SRT NRO 2519854/2025  
CANTIDAD DE HOJAS: 1  
13/11/2025 11:05:20



Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN, CUIT 20313806198, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 549974/25 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20/11/2025  
Ref.: Expediente SRT N° 549974/25

Se informa que el dictamen perteneciente al presente expediente se encuentra firme.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

## CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: BERKLEY	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación de Dictamen en Firme a la ART/EA	20/11/2025
Trabajador CUIL: 20204068446, 20313806198	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif.de Dictamen firme al Patrocinante/Trabajador	20/11/2025
Trabajador CUIT Letrado: 20313806198	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notif.de Dictamen firme al Patrocinante/Trabajador	20/11/2025

**Total Consulta:**

**3**

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

## SOLICITUD DE ARCHIVO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20/11/2025  
Ref.: Expediente SRT Nº 549974/25

Habiendo finalizado la gestión del expediente de referencia, Archívese.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ortiz, Mariano  
Subgerencia Médica



Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. GARCIA CLIMENT MATIAS CHRISTIAN, CUIT 20313806198, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 549974/25 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL