

USO OFICIAL

FORMULARIO INICIO DEMANDA -FUERO LABORAL -Anexo II-			
ACTOR/ES			
Nº DE PODER		APELLIDO Y NOMBRES	DNI
1	314342/2024	ALLENDE RAMON ROBERTO	31499430
2			
3			
4			

DEMANDADO/S		
APELLIDO Y NOMBRE O DENOMINACION SOCIAL		CUIT/CUIL
1	PROVINCIA ART S.A.	30-68825409-0
2		
3		
4		

PATROCINANTE		
APELLIDO Y NOMBRE		
Tº:	Fº:	MATRICULA:

APODERADO		
APELLIDO Y NOMBRE:		LAGRANGE PABLO MARIANO
Tº:103	Fº: 130	MATRICULA:

OBJETO	CODIGO: A1	
MONTO	\$: 28.650.332,55	
PREVINO JUZGADO Nº:		EXPTE. Nº:

DOMICILIO CONSTITUIDO POR LA ACTORA:
VIAMONTE 1879 PB A CABA

DOMICILIO DEL/LOS DEMANDADO/S:
1- CARLOS PELLEGRINI Nro 91 Piso 1 Localidad CAPITAL FEDERAL



143522024

ACTA PODER N° 14352
CAMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO

En Buenos Aires, a los 10 días del mes de junio de 2024 compareció ante esta EXCMA CAMARA NACIONAL DE APELACIONES DEL TRABAJO, Don/ Doña ALLENDE RAMON ROBERTO de nacionalidad ARGENTINA, estado civil CASADO/A, nacido/a el 18/1/1979, de sexo Masculino; siendo una persona Física, con domicilio en la calle GUAL 2627 Piso PB Dpto. 3 , localidad CAPITAL FEDERAL, provincia CABA, de profesión EMPLEADO. Acredita identidad con D.N.I. 31499430.

Expuso que da y confiere poder especial a favor del/os doctor/es:

DR/A. LAGRANGE, PABLO MARIANO

TOMO 103 FOLIO 130

para que en su nombre y representación inicie/n o intervenga/n (conjunta, separada o alternativamente) en la acción o recurso que corresponda contra:

PROVINCIA ART S.A.
Siendo una persona Jurídica
Calle CARLOS PELLEGRINI Nro 91 Piso 1 Localidad CAPITAL FEDERAL

por RECURSO LEY 27348

Para ello podrán presentarse ante las autoridades que correspondan, con escritos, documentos y cuantos justificativos creyeran necesarios para accionar, apelar, recusar, plantear nulidad, sustituir poder, prestar cauciones y juramentos, ofrecer prueba y sustanciarla, tachar y presentar testigos, pedir designaciones de peritos y recusarlos, oponer y contestar toda clase de excepciones, interponer toda clase de recursos, conciliar, diligenciar toda clase de oficios, mandamientos, cédulas y exhortos, pedir embargos preventivos y definitivos, pedir inhibiciones, ofrecer y denunciar bienes a embargo, pedir cotejos y reconocimientos de firmas y documentos, desistir proceso y ejercer toda cuanta otra facultad les fuere necesaria para el mejor desempeño de este mandato hasta la completa terminación del trámite con todos sus incidentes.

Con lo que terminó el acto, previa lectura y ratificación, y firmó el compareciente ante mí, de lo que doy fe.

Firma

Signature Not Verified

Firmado digitalmente por BUONVISI Elizabeth Gladys
Fecha y hora: 11/06/2024 09:09:35 hs. (GMT -03:00)
Motivo: Certificación de la Firma de Poder
Ubicación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



EXPEDIENTE SRT N°: 486279/24

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

RECHAZO DE LA CONTINGENCIA AT/EP

Iniciador:	SUBGERENCIA MÉDICA
------------	--------------------

Fecha de Inicio: 08/10/2024

CUIL Damnificado: 20314994303 - ALLENDE RAMON ROBERTO

ART: 00051 - PROVINCIA

CUIT Empleador: 30711878633 - BIGUEST S.A.

Plazo:

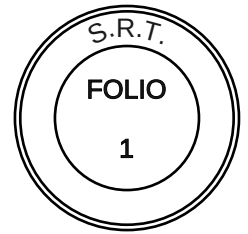


Uso Interno

"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: 486279/24

Tipo de Trámite CM: Rechazo de la Contingencia AT/EP

Iniciado en: 010 - CAPITAL FEDERAL

Damnificado

CUIL: 20314994303

Tipo y Nro. Documento: DOCUMENTO UNICO - 31499430

Apellido Nombre: ALLENDE RAMON ROBERTO

Fecha Nacimiento: 18/01/1979

Dirección Electrónica: -

Sexo: M

Teléfono Fijo:

Celular: (011)1544057812

Celular Contacto: -

Domicilio Notificación: GUAL PH 3D - C.A.B.A.
- CAPITAL FEDERAL - CP: 1111

Solicitante: Damnificado

Domicilios

Accidente-ART-Empleador

Fecha Accidente/PMI: 15/03/2024

Tipo Accidente: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: -

Es una Enfermedad No Listada: -

Nro Accidente: 24495101202400784400

CUIT Ocurrencia: 30711878633 - BIGUEST S.A.

ART/EA: 00051 - PROVINCIA

Empleador: 30711878633 - BIGUEST S.A.

CIIU Principal del Contrato: 139900 - Fabricación de productos textiles n.c.p.

Patrocinante

Gratuito: No

CUIL: 23272942579**Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 27294257

Apellido y Nombre: LAGRANGE PABLO MARIANO

Celular: (011)1544057812

Matricula: 103-130

Domicilio: VIAMONTE 1879 PB A - C.A.B.A. - CAPITAL FEDERAL - CP: 1111

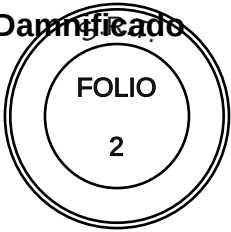
Dirección Electrónica: drpablolagrange@gmail.com

Otros Datos

Fecha de Rechazo: 24/04/2024

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

Observaciones: -



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

 REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
ALLENDE

Nombre / Name
RAMON ROBERTO

Sexo / Sex: **M** Nacionalidad / Nationality: **ARGENTINA** Ejemplar: **B**

Fecha de nacimiento / Date of birth
18 ENE/ JAN 1979

Fecha de emisión / Date of issue
05 ENE/ JAN 2015

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 ENE/ JAN 2030


Firma / CERTIFICATION SIGNATURE

Documento / Document
31.499.430

Trámite N° / OL ident
01032483568
7006





Ministerio de Capital Humano
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1º de la
Ley 27348, solicito la intervención de la Comisión Médica N°: 10,
Delegación , la cual será competente en virtud de:



Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su DNI):

DOMICILIO:

962/2627 PB Dto 3° D^A

LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL

Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Pablo Martínez

Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado

Quien suscribe

Apellido y Nombres

ALLENDE RAMON ROBERTO

Tipo y N° de documento

DNI 31499430

Sexo

F

M

☐

☒

Domicilio

GUAL 2627 PB 3, CABA

CP

1437

Correo electrónico

betoallende27@gmail.com

Teléfono

1138614734

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres

LAGRANGE PABLO MARIANO

Tipo y N° de Documento

DNI 27294257

Parentesco

ABOGADO

Profesional - Matrícula

T 103 F 130 CPACF

Domicilio

VIAMONTE 1879 PB A

CP

1051

Correo electrónico

drpablolagrange@gmail.com

Teléfono

1144057812

Firma Apoderado

Firma del Poderdante

Certificación de firmas por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales consignados son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

N° 1318479/2024

10 JUN 2024
Lugar y Fecha

IBÁÑEZ MICAELA
Registrado - S.R.T.

Firma y sello Funcionario Certificante

S COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Apellido / Surname
LAGRANGE

Nombre / Name
PABLO MARIANO

Sexo / Sexo Nacionalidad / Nationality País / Country
M **ARGENTINA** **C**

Fecha de nacimiento / Date of birth:
22 JUL JUL 1971

Fecha de emisión / Date of issue:
10 ENE JAN 2003

Fecha de vencimiento / Date of expiry:
10 ENE JAN 2003

Documento / Document

27.294.257

Trámite N° / CN. date:
00603879526
7674



COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS
COPIA FIEL DEL ORIGINAL



APELLIDO
LAGRANGE

NOMBRE
PABLO MARINO

TOMO FOLIO TIT

103 130 27294257

DOMICILIO LEVNI
VIAMONTE 1875 PB A

FOLIO

9

S.R.T.

CREDENCIAL PROFESIONAL

VENCIMIENTO 2007/2017

Tania

Ricardo Gil Lavedra
Presidente

LEY 23.187 - Promulgada el 25 de junio de 1985:

Artículo 1º: (...) la facultad de los abogados en el ejercicio de su profesión requiere a los entes de sujeción informarse concerniente a los datos que los mismos deben proporcionar y, asimismo, tener libre acceso personal a archivos y demás dependencias administrativas en las que existan registros de antecedentes.

Artículo 2º: En dependencias policiales, penitenciarias o de organismos de seguridad, deberán proporcionar al abogado los informes que este requiera respecto de los motivos de detención de cualquier persona y el nombre del juez a cuyo cargo se halla 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 los pedidos, cuyo efecto se considerará inbilio. Las veinticuatro horas del día. La sola exhibición de la credencial otorgada por el Colegio es requisito suficiente para acceder a la información de acuerdo.

Esta credencial es intransferible. Puede ser utilizada exclusivamente por su titular. De hallarse esta tarjeta, se agradecerá devolverla a:

Colegio Público de Abogados de la Capital Federal

Av. Corrientes 1441 (1042) CABA - 4379-8700 - matriculacion@cpa.org.ar

10

FOLIO

S.R. 1



CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

PROVINCIA A.R.T. S.A.

DOMICILIO

CARLOS PELLEGRINI 91

CÓDIGO POSTAL

1000

LOCALIDAD

CAPITAL FEDERAL

PROVINCIA

CAPITAL FEDERAL

DE: CD 31723194 2

CD 31723194 2

AL: 2V CD 31723194 2

CD 31723194 2

DOMICILIO

DALTON 543

CÓDIGO POSTAL

1722

LOCALIDAD

MERLO

PROVINCIA

BUENOS AIRES

CAPITAL FEDERAL, 30 de MAYO de 2024

Ref.:

Nro. de Orden: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
DNI: 31499430
Fecha del Infortunio: 15/03/2024

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

POR LA PRESENTE Y EN RESPUESTA A SU TCL DE FECHA 28-05-2024 RECHAZAMOS TODOS Y CADA UNO DE SUS TERMINOS POR IMPROCEDENTES, INEXACTOS E INFUNDADOS. A TODO EVENTO, CUMPLIMOS EN HACERLE SABER QUE DE ACUERDO A LO EVALUADO POR LA AUDITORIA MEDICA DE ESTA ASEGURADORA SE RATIFICA EL RECHAZO DE LA COBERTURA DEL INFORTUNIO DE FECHA 15-03-2024. EL MISMO FUE NOTIFICADO MEDIANTE CD N° OBLEA CORREO ARGENTINO 289524069 DE FECHA 24-04-2024.

SEGÚN EL RELEVAMIENTO DE AGENTES DE RIESGOS (RAR) PRESENTADO POR LA EMPRESA, EL TRABAJADOR NO SE ENCUENTRA EXPUESTO A AGENTES QUE AFECTEN LA VISION.

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, LE NOTIFICAMOS A UD. QUE SE ENCUENTRA FACULTADO/A PARA CONCURRIR ANTE LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS, C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR; ELLO, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

QUEDA UD. NOTIFICADO
SIN OTRO PARTICULAR LO SALUDA ATTE.

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ROCIO RODRIGUEZ

GERENTA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

DNI 27.010.552

30 MAY 2024

SECTOR CARTA DOCUMENTO

DESTINATARIO

PROVINCIA ART S.A.

Apellido y nombre o razón social

ART

Razón de actividad principal

Carlos Pellegrini 91, piso 1ro.

Domicilio laboral

Código Postal

C.A.B.A.

Localidad

Provincia

Desluzco cuit

REMITENTE

ALLENDE ROBERTO RAMÓN

Apellido y nombre

31499430

DNI N°

Fecha

15/09/24

DALTON 543

Domicilio real

MERLO

B.S. AS.

Localidad

Provincia

Merlo 15/09/24

MEDIANTE LA PRESENTE DENUNCIO A TRAVÉS DE CONSULTA PRIVADA REALIZADA CON FECHA **15 DE MARZO DE 2024**, HE TOMADO CONOCIMIENTO DE HABER CONTRAÍDO ENFERMEDAD PROFESIONAL PRODUCTO DE MIS LABORES, SIENDO LAS MISMAS EXPOSICIÓN A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA Y LUZ AZUL; A AGENTES FÍSICOS COMO POLVOS Y TIERRA, A PRODUCTOS QUÍMICOS COMO COLORANTES Y SOLVENTES, IRRITANTES, SENSIBILIZANTES Y A ALERGENICOS, ENTRE ELLOS, ÁCAROS DE TELAS DEPOSITADAS EN LA JORNADA LABORAL, SIENDOME DIAGNOSTICADA **QUERATO CONJUNTIVITIS**. TODA ESTA ACTIVIDAD LA DESEMPEÑÉ PARA LA EMPRESA **BIGUEST S.A., CUIT NRO. 30-71187863-3, CON DOMICILIO EN LA CALLE BACACAY 3047, C.A.B.A.**, DONDE PRESTO TAREAS Y HABIENDO INGRESADO A LA EMPRESA EN FECHA REAL EN **SEPTIEMBRE DE 1999**, INTIMO PLAZO 48 HORAS BRINDE LAS PRESTACIONES MEDICAS Y TRASLADOS A ATENCION MEDICA EN VIRTUD DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE LOS TRABOS DESCRIPTOS BAJO APERCIBIMIENTO DE ACCIONAR ANTE LA SRT O LA JUSTICIA LABORAL SEGÚN CORRESPONDA, SIRVIENDO LA PRESENTE DE SUFICIENTE PUESTA EN MORA CONFORME ART. 12 INC. 3RO. DE LA LEY 24557 CON LA MODIFICACIÓN DEL DEC. 669/2019 (CAPITALIZACIÓN DE INTERESES CONFORME ART. 770 INC. "C" DEL CCYC). A PESAR QUE DE QUE HASTA LA FECHA PRESENTO LAS PATOLOGÍAS MENCIONADAS, LAS PRESTACIONES ME LAS VIENEN NEGANDO A PESAR DE LOS INSISTENTES RECLAMOS TELEFONICOS A UDS- Y PERSONALES A MI EMPLEADOR. REMITO LA PRESENTE EN VIRTUD DE HABER SOLICITADO DICHAS PRESTACIONES EN VIRTUD DEL CONTRATO DE AFILIACION SUSCRITO Y VIGENTE ENTRE UDS. ME RESALIZO LAS ATENCIONES POR OBRA SOCIAL Y AÚN NO SE ME HA DADO EL ALTA. Y LA EMPRESA. REITERO QUE DICHAS DOLENCIAS SON CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE ENFERMEDAD DE TRABAJO CITADO. TODO BAJO APERCIBIMIENTO DE REALIZAR DENUNCIA ANTE SUPERINTENDENCIA DE A.R.T., SER CONSIDERADA SU ACTITUD COMO ABANDONO DE PERSONA E INICIAR LAS ACCIONES LEGALES QUE POR DERECHO ME ASISTEN.

1 - Comunicación de renuncia ☐

2 - Comunicación de ausencia ☐

3 - Otro tipo de comunicación ☐

En el presente telegrama se comunican los datos de la comunicación y se indica el tipo de comunicación y el domicilio laboral.



HECHOS

Sr. Interventor

Comisión Médica Lomas

S _____ / _____ D:

LAGRANGE, PABLO MARIANO,

Abogado, inscripto en la matrícula del C.A.L.M., bajo el T° VI- F° 243, C.U.I.T. 23-27294257-9, I.V.A. Monotributista, con domicilio en Viamonte 1879, PB "A", C.A.B.A., en representación del Sr. ALLENDE ROBERTO RAMON, D.N.I. N°31499430, con domicilio en la calle Gual 2627, PB 3, C.A.B.A., al Sr instructor digo:

Que El trabajador en su desempeño en favor de su empleador LA EMPRESA BIGUEST S.A., CUIT NRO. 30-71187863-3, CON DOMICILIO EN LA CALLE LA BACACAY 3047, CABA. (INGRESADO A LA EMPRESA EN SEPTIEMBRE DE 1999, AUNQUE SIENDO REGISTRADO EN 2011), realizando TAREAS DE OPERARIO (AUXILIAR "C", CCT 130/75, PARA LUEGO A PARTIR DE 2016 PASAR A SER ENCARGADO DE DEPOSITO Y RESPONSABLE DE CONTROL DE INGRESO Y EGRESO DE MERCADERÍA (ROLLOS DE TELAS DE ALGODÓN, LANA, ETC.) en los horarios de 7.30 a 17.30 HS.

Que el trabajo bajo tal exposición deterioró sus órganos VISUALES provocándole pérdida de campo visual, síndrome de ojo seco o QUERATITIS.

Que la ART nunca inspeccionó el lugar, ni dio cursos, ni otorgó materiales para facilitar el trabajo ni mejorar el medio hostil que provocó la patología.

No obstante ello la ART ante la denuncia de la patología a la ART, esta sólo inspeccionó al trabajador mediante una consulta VIRTUAL, para luego, pasado el plazo del art. 6 del decreto 717 (ver telegrama colacionado de fecha 28 de Mayo, enviada mediante C.D. Nro. 27580741 4), rechazar el siniestro mediante C.D. del 30 de mayo (que remite a otra que nunca recibió el actor, pues se envió a otro domicilio que nada tiene que ver con el del intercambio).

Agrego que la competencia rige no solo por el domicilio del DNI del actor (que no es el mismo que el de su actual residencia), como también por su lugar de trabajo (Bacacay 3047, C.A.B.A.)

Que las patologías que denunció son:
Pérdida de capacidad visual, queratitis aguda, daño psicológico.

Respecto al daño psicológico solicito que el trabajador siniestrado sea evaluado también en la faz psicológica, atento a la necesidad de acreditar fehacientemente la existencia o no de daño psicológico, entendiendo a aquella como integradora de la salud de la persona sometida a examen.

Motiva además el presente pedido, la autonomía de la esfera psicológica respecto de la física, siendo que no poseen una necesaria vinculación de acuerdo a la mayor o menor lesión sufrida por el damnificado; por el contrario, la articulación entre psique y soma debe ser estudiada según el caso por caso, debido a la infinidad de respuestas posibles frente a un mismo suceso. Atento a ello, resulta necesaria la práctica de un psicodiagnóstico complementario con aplicación de la batería de técnicas de evaluación psicológica, conducentes a determinar si existe afección psíquica.

Justifica lo aquí requerido la irrupción de un evento traumático, como el siniestro aquí descripto y que ha generado una desorganización vital que trae como consecuencia efectos patógenos en la organización psíquica. Cuando una acción externa sorpresiva y violenta irrumpe en la vida de un sujeto y lo inunda con estímulos que le provocan emociones profundas, se rompe el equilibrio del aparato psíquico, tornándose imposible la interacción con el medio, y produciéndose una rebaja en las áreas de despliegue vital (laboral, social, recreativa, individual, familiar), que le impide proseguir con su vida tal como lo venía haciendo previo al suceso en cuestión. Por consiguiente, para estimar la gravedad y el impacto del daño provocado por un accidente como el que se reclama, se deben considerar las actividades de la vida diaria del examinado, su funcionamiento social, y el deterioro laboral. En este caso hablamos de la figura de daño psíquico, entendiéndose por tal a la existencia de un deterioro disfunción o trastorno que afecta a las esferas afectiva, volitiva y/o intelectual, a consecuencia de la cual se disminuye la capacidad de goce. Cabe señalar que no es el hecho en sí mismo lo que da la pauta del daño, sino que es una conjunción de éste y del impacto psíquico en el sujeto afectado,

observando que cada sujeto en su singularidad posee distinta capacidad de elaboración de un suceso, y por lo tanto tampoco puede decirse que la magnitud de una lesión física es vinculante al daño psíquico. Sucede que un daño en el cuerpo que podría considerarse como algo nimio desde el punto de vista anatómico y que no ha acarreado ningún tipo de alteración funcional, puede producir consecuencias patológicas trascendentales desde el punto de vista psíquico. Esto es así ya que el cuerpo se halla investido narcisísticamente, y a la vez es el resultante de una historia y vivencia singular, por lo que un hecho disruptivo puede tener para la subjetividad de cada quien, un impacto tal que le sea imposible tramitarlo psíquicamente, con un posterior desarrollo de síntomas propios de la incidencia de lo traumático, independientemente de la magnitud de la lesión sufrida por el damnificado. En otras palabras, todo depende de la significación que ese hecho puntual asuma para el sujeto.

Independientemente de los dolores y molestias físicas que experimenta a raíz del accidente, el damnificado ha sufrido un menoscabo en los diferentes ámbitos de su vida, especialmente en el laboral y social.

Atento lo expuesto y conforme a lo regulado por Res. 298/17 en su artículo 7º, esta parte viene a requerir la evaluación de daño psicológico además del examen físico.

Que acompaño como prueba la siguiente documental: 1); Poder; 2) Tres (3) C.D. enviadas por el trabajador a la ART. y 3 recibidas por el actor de la ART.

Solicito se oficie a Corro Oficial a fin de que indiquen respecto de la autenticidad y recepción de los telegramas.

Reservo el derecho de ampliar la prueba.



Pablo Mariano Lagrange
Abogado
Tº 103 Fº 130 C.P.A.C.F.
Tº VI Fº 243 C.A.L.M.f



Sres. ART/EA: Se solicita que hasta el 16/10/2024 inclusive, envíe por Ventanilla Electrónica la documentación del siniestro de referencia, según lo reglamentado en la normativa vigente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

INGRESO SRT NRO 2298369/2024 02449516/001/00 DEL 840
CANTIDAD DOLARES: 24
15/10/2024 14:54:55

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Enfermedades Profesionales - AMELO

CÓDIGO DE CLIENTE

CORASA	FRANQUEO A PAGAR
	12658

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE	N° A.R. (Troquel T&T)	DESTINATARIO
PROVINCIA A.R.T. S.A.		ALLENDE RAMON ROBERTO
DOMICILIO	Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F53)	DOMICILIO
		GUAL 2627 Dpto.3D
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
B1842ZAC	MONTE GRANDE	BUENOS AIRES
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
1437	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO		
FECHA	FIRMA DEL DESTINATARIO	
HORA		
ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO		SELLO OFICINA DESTINO
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO		
SELLO OFICINA ORIGEN		

S.R.T.

FOLIO

17

ES COPIA DEL ORIGINAL

3779360767457

Correo Argentino

OBLEA SUPERIOR DE ETIQUETA T&T

CORASA	FRANQUEO A PAGAR
	12658

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE	DESTINATARIO	
PROVINCIA A.R.T. S.A.	ALLENDE RAMON ROBERTO	
DOMICILIO	DOMICILIO	
	GUAL 2627 Dpto.3D	
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
1009	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
1437	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL

CAPITAL FEDERAL, 17 de ABRIL de 2024

Ref.:

Nro. de Siniestro: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
DNI: 31499430
Fecha del Infortunio: 15/03/2024

CON RELACION AL INFORTUNIO DENUNCIADO, NOTIFICAMOS A UD. QUE ESTA ASEGURADORA SUSPENDE EL PLAZO PARA PRONUNCIARSE ACERCA DE LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA PRETENSIÓN CON RELACIÓN AL TRABAJADOR DE LA REFERENCIA, A LAS RESULTAS DE LA TOTALIDAD DE LOS EXAMENES Y ESTUDIOS REALIZADOS POR PRESTADORES HABILITADOS Y DICTAMEN DE NUESTRA AUDITORIA MÉDICA (CONF. ART. 31 AP 1 INC. B DE LA LEY 24.557). SIN PERJUICIO DE LO EXPUESTO, SOLICITAMOS REMITAN A ESTA ASEGURADORA DENTRO DE LAS 48 HS DE RECIBIDA LA PRESENTE, FOTOCOPIA DEL DNI Y DEL RECIBO DE HABERES. SI PRESENTA PLURIEMPLEO REMITA RECIBOS DE SUELDOS AL MAIL eprofesionales@provart.com.ar. QUEDA UD. DEBIDAMENTE NOTIFICADO.

Doble por aquí

Doble por aquí

CLIENTE CORPORATIVO

DRA. EMILIOZZI CAROLINA

MEDICA DE GESTION DE CASOS

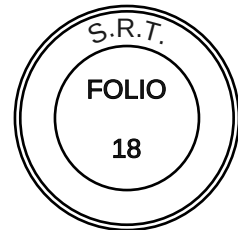
DNI 26.840.657

Enfermedades Profesionales - AMELO 02449516/001/00

CERTIFICADO QUE LA PRESENTE ES COPIA DEL ORIGINAL EXPEDIDO EN LA FECHA POR
CERTIFICADO N° C.O. N° (VER AL PIE) POR CORREO OFICIAL CTP METROPOLITANO
BUENOS AIRES, SECTOR CARTA DOCUMENTO

17 ABR 2024

4010905110



A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE		N° A.R. (Troquel T&T)		DESTINATARIO	
PROVINCIA A.R.T. S.A.				ALLENDE RAMON ROBERTO	
DOMICILIO Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F53)		DOMICILIO GUAL 2627 Dpto.H			
CÓDIGO POSTAL B1842ZAC	LOCALIDAD MONTE GRANDE	PROVINCIA BUENOS AIRES	CÓDIGO POSTAL 1437	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL
3779360769223			RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO		
SELLO OFICINA ORIGEN			FECHA HORA		FIRMA DEL DESTINATARIO
			ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO		SELLO OFICINA DESTINO
			FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO		

ES COPIA DEL ORIGINAL

3779360769223

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE		DESTINATARIO			
PROVINCIA A.R.T. S.A.		ALLENDE RAMON ROBERTO			
DOMICILIO CARLOS PELLEGRINI 91		DOMICILIO GUAL 2627 Dpto.H			
CÓDIGO POSTAL 1009	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL	CÓDIGO POSTAL 1437	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL

CAPITAL FEDERAL, 24 de ABRIL de 2024

Ref.:

Nro. de Siniestro: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
CUIL: 20-31499430-3
Fecha del infortunio: 15/03/2024
Fecha de notificación de la denuncia: 16/04/2024

DE NUESTRA MAYOR CONSIDERACION:

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOS DIRIGIMOS A UDS. CON RELACION A LA DENUNCIA DE REFERENCIA, AL RESPECTO SE INFORMA QUE ATENTO QUE EL HECHO DENUNCIADO NO CONFIGURA "ENFERMEDAD PROFESIONAL" EN LOS TERMINOS DEL ART. 6 DE LA LEY 24557, SE HA PROCEDIDO AL RECHAZO DE SU COBERTURA.

FUNDAMENTO DEL RECHAZO: según el Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR) presentado por la Empresa, el trabajador no se encuentra expuesto a AGENTES QUE AFECTEN LA VISION , NO CORRESPONDIENDO SU COBERTURA DENTRO DEL MARCO DE LA LEY 24557.-

EN TAL SENTIDO, NO CORRESPONDE A PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO, BRINDAR EN ESTE CASO PRESTACION EN ESPECIE NI DINERARIA ALGUNA, MOTIVO POR EL CUAL SE SUGIERE CANALIZAR LA ATENCION A TRAVES DE SU COBERTURA MEDICA.

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, UD. PUEDE CONCURRIR A LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS, C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

SALUDA A UD. MUY ATENTAMENTE

Doble por aquí

Doble por aquí

CLIENTE CORPORATIVO

DRA. EMILIOZZI CAROLINA

MEDICA DE GESTION DE CASOS

CERTIFICADO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL EXPEDIDO EN LA FECHA POR
CERTIFICADO DE COPIA FIEL AL PIE POR CORREO OFICIAL CTP-METROPOOLITANO
BUENOS AIRES, SECTOR CARTA DOCUMENTO
24 ABR 2024
DNI 26.840.657

4010905110

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE	N° A.R. (Troquel T&T)	DESTINATARIO
PROVINCIA A.R.T. S.A.		ALLENDE RAMON ROBERTO
DOMICILIO Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F69)		DOMICILIO DALTON 543
CÓDIGO POSTAL B1842ZAC	LOCALIDAD MONTE GRANDE	PROVINCIA BUENOS AIRES
CÓDIGO POSTAL 1722	LOCALIDAD MERLO	PROVINCIA BUENOS AIRES
RECIBÍ CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO		
FECHA HORA		
FIRMA DEL DESTINATARIO		
ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO		
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO		
SELLO OFICINA ORIGEN		
SELLO OFICINA DESTINO		



3779304379171

SELLO
OFICINA
ORIGEN

SELLO
OFICINA
DESTINO

S.R.T.

FOLIO

19

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



3779304379171

OBLEA SUPERIOR
DE ETIQUETA T&T

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE	DESTINATARIO
PROVINCIA A.R.T. S.A.	ALLENDE RAMON ROBERTO
DOMICILIO	DOMICILIO DALTON 543
CÓDIGO POSTAL 1000	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL
CÓDIGO POSTAL 1722	LOCALIDAD MERLO
PROVINCIA CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA BUENOS AIRES

CAPITAL FEDERAL, 30 de MAYO de 2024

Ref.:

Nro. de Orden: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
DNI: 31499430
Fecha del Infortunio: 15/03/2024

POR LA PRESENTE Y EN RESPUESTA A SU TCL DE FECHA 28-05-2024 RECHAZAMOS TODOS Y CADA UNO DE SUS TERMINOS POR IMPROCEDENTES, INEXACTOS E INFUNDADOS. A TODO EVENTO, CUMPLIMOS EN HACERLE SABER QUE DE ACUERDO A LO EVALUADO POR LA AUDITORIA MEDICA DE ESTA ASEGURADORA SE RATIFICA EL RECHAZO DE LA COBERTURA DEL INFORTUNIO DE FECHA 15-03-2024. EL MISMO FUE NOTIFICADO MEDIANTE CD N° OBLEA CORREO ARGENTINO 289524069 DE FECHA 24-04-2024.

SEGÚN EL RELEVAMIENTO DE AGENTES DE RIESGOS (RAR) PRESENTADO POR LA EMPRESA, EL TRABAJADOR NO SE ENCUENTRA EXPUESTO A AGENTES QUE AFECTEN LA VISION.

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, LE NOTIFICAMOS A UD. QUE SE ENCUENTRA FACULTADO/A PARA CONCURRIR ANTE LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS, C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR; ELLO, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

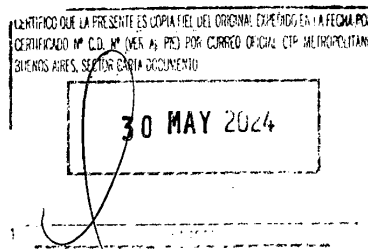
QUEDA UD. NOTIFICADO
SIN OTRO PARTICULAR LO SALUDA ATTE.

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ROCIO RODRIGUEZ

GERENTA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

DNI 27.010.552



4010905110

INGRESO SRT NRO 2298369/2024 02449516/001/00 DEL840
CANTIDAD DE HORAS: 24
15/10/2024 14:54:55

AREA MEDICA

Enfermedades Profesionales - AMELO

CÓDIGO DE CLIENTE

FRANQUEO A PAGAR

12658

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

Nº A.R. (Troquel T&T)

DESTINATARIO

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ALLENDE RAMON ROBERTO

DOMICILIO

Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F69)

DOMICILIO

DALTON 543

CÓDIGO POSTAL

B1842ZAC

LOCALIDAD

MONTE GRANDE

PROVINCIA

BUENOS AIRES

CÓDIGO POSTAL

5881

LOCALIDAD

PROVINCIA

SAN LUIS



3779304387186

SELLO
OFICINA
ORIGEN

RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO

FECHA

FIRMA DEL DESTINATARIO

HORA

ACLRACIÓN FIRMA DESTINATARIO

FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y Nº DE LEGAJO

SELLO
OFICINA
DESTINO

ES COPIA DEL ORIGINAL



3779304387186

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

DESTINATARIO

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ALLENDE RAMON RO

DOMICILIO

CARLOS PELLEGRINI 91

DOMICILIO

DALTON 543

CÓDIGO POSTAL

1009

LOCALIDAD

CAPITAL FEDERAL

PROVINCIA

CAPITAL FEDERAL

CÓDIGO POSTAL

5881

LOCALIDAD

PROVINCIA

SAN LUIS

CAPITAL FEDERAL, 06 de JUNIO de 2024

Ref.:

Nro. de Orden: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
DNI: 31499430
Fecha del Infortunio: 15/03/2024

POR LA PRESENTE Y EN RESPUESTA A SU TCL DE FECHA 03-06-2024 RECHAZAMOS TODOS Y CADA UNO DE SUS TERMINOS POR IMPROCEDENTES, INEXACTOS E INFUNDADOS. A TODO EVENTO, CUMPLIMOS EN HACERLE SABER QUE DE ACUERDO A LO EVALUADO POR LA AUDITORIA MEDICA DE ESTA ASEGURADORA SE RATIFICA EL RECHAZO DE LA COBERTURA DEL INFORTUNIO DE FECHA 15-03-2024. SEGÚN EL RELEVAMIENTO DE AGENTES DE RIESGOS (RAR) PRESENTADO POR LA EMPRESA, EL TRABAJADOR NO SE ENCUENTRA EXPUESTO A AGENTES QUE AFECTEN LA VISION

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, LE NOTIFICAMOS A UD. QUE SE ENCUENTRA FACULTADO/A PARA CONCURRIR ANTE LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS, C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR; ELLO, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

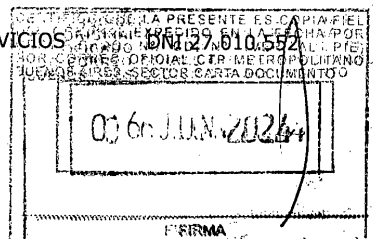
QUEDA UD. NOTIFICADO
SIN OTRO PARTICULAR LO SALUDA ATTE.

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ROCIO RODRIGUEZ

GERENTA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS

Enfermedades Profesionales - AMELO 02449516/001/00



S.R.T.

FOLIO

20

Doble por aquí

Doble por aquí

CLIENTE CORPORATIVO



ENFERMEDADES PROFESIONALES

02449516/001/00 DEL840

Enfermedades Profesionales - A A CD 288983911

1V CD 288983911

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CORASA	FRANQUEO A PAGAR
	12658

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

PROVINCIA A.R.T. S.A.

DOMICILIO

Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F53)

CÓDIGO POSTAL

B1842ZAC

LOCALIDAD

MONTE GRANDE

PROVINCIA

BUENOS AIRES

DESTINATARIO

ALLENDE RAMON ROBERTO

DOMICILIO

GUAL 2627 Dpto.3D

CÓDIGO POSTAL

1437

LOCALIDAD

CAPITAL FEDERAL

PROVINCIA

CAPITAL FEDERAL

RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO

FECHA

19/04/24

FIRMA DEL DESTINATARIO

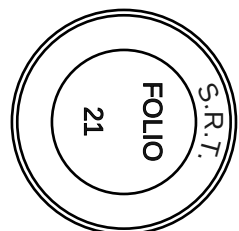
HORA

ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO

FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJOS

SELLO
OFICINA
ORIGENSELLO
OFICINA
DESTINO

3779360767457

INGRESO SRT NRO 2298369/2024
CANTIDAD DE HOJAS: 24
15/10/2024 14:54:55



AREA MEDICA
02449516/001/00 DEL840
Enfermedades Profesionales

1V CD 31723194 2



A CD 31723194 2

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CORASA	FRANQUEO A PAGAR
	12658

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

N° A.R. (Troquel T&T)

DESTINATARIO

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ALLENDE RAMON ROBERTO

DOMICILIO

Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F69)

DOMICILIO

DALTON 543

CÓDIGO POSTAL

B1842ZAC

LOCALIDAD

MONTE GRANDE

PROVINCIA

BUENOS AIRES

CÓDIGO POSTAL

1722

LOCALIDAD

MERLO

PROVINCIA

BUENOS AIRES



3779304379171

SELLO
OFICINA
ORIGEN

RECIBI CONFORME EL ENVIO REFERENTE A ESTE AVISO

FECHA

HORA

FIRMA DEL DESTINATARIO

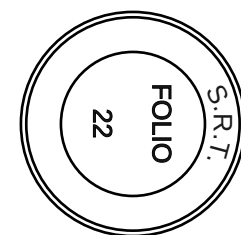
ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO

FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJOS

SELLO
OFICINA
DESTINO

SECTOR CARTA DOCUMENTO

INGRESO SRT NRO 2298369/2024
CANTIDAD DE HOJAS: 24
15/10/2024 14:54:55





ENFERMEDAD PROFESIONAL ☒

ACCIDENTE DE TRABAJO ☐

ACCIDENTE IN ITINERE ☐

En el trabajo ☐

En otro centro o lugar de trabajo ☐

Al ir o al volver del trabajo ☐

Reagravamiento caso anterior ☐

Siniestro múltiple ☐

Fecha de reagravamiento

FECHA SINIESTRO 15 / 03 / 2024

Desplazamiento en día laboral ☐

Otro ☐

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social BIGUEST S.A.

C.U.I.T. 30711878633

Contrato N° 316637

C.I.U.

Domicilio BACACAY

N° 3047

Piso

Of.

Código postal 1407

Localidad CAPITAL FEDERAL

Provincia 1

Teléfono 46128281

Fax

e-mail info@cottonel.com.ar

Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional BACACAY 3047 (LEGAL)

Código del establecimiento 3005971

C.I.U.

Empresa subcontratada ☒ SÍ ☐ NO ☐

C.U.I.T. ocurrencia o detección

Calle BACACAY

N° 3047

Localidad CAPITAL FEDERAL

Provincia de ocurrencia o detección 1

Código postal 1406

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre ALLENDE RAMON ROBERTO

Documento: D.N.I./L.E./L.C./C.I./Pas. 31499430

N° de C.U.I.L. 20314994303

Fecha de nacimiento 18 / 01 / 1979

Sexo ☐ F ☒ M ☐

Nacionalidad Argentina

Estado civil ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión hecho ☐

Calle GUAL

N° 2627

Piso

Dpto. H

Localidad CAPITAL FEDERAL

Código postal 1437

Provincia CAPITAL FEDERAL

Teléfono Part.

F. de ingreso a la empresa / /

Remuneración a la f. del accidente

Sueldo \$

Jornal \$

Turno de trabajo habitual ☐ Fijo diurno ☐ Fijo nocturno ☐ Rotativo ☐

Jornada habitual de hs. hasta hs.

Mano hábil Izq. ☐

Der. ☒

Situación contractual

F. de último examen periódico / /

Obra social

Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional

C.I.U.O.

Antigüedad al momento del diagnóstico Años

Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.)

Antigüedad

Otro empleador al momento del accidente o enf. profesional ☐

Razón social

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Accidente de trabajo)

Hora del accidente 00:00 hs.

Horario de la jornada el día del accidente de

hs. hasta

hs.

F. de inicio de inasist. lab. / /

Domicilio de ocurrencia del accidente

Est. propio ☐

Calle BACACAY

N° de puerta 3047

Código postal 1406

Localidad CAPITAL FEDERAL

Provincia 1

Descripción del accidente y sus consecuencias QUERATOCONJUNTIVITIS, EXPOSICION A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACI

Código de lesión (Ver tablas)

Accidente de tránsito ☒ SÍ ☐ NO ☐

Gravedad presunta

LEVE ☐

GRAVE ☐

MORTAL ☐

Agente material asociado

Diagnóstico 1

2

2

Naturaleza de la lesión 1

2

2

2

Forma del accidente

Zona del cuerpo afectada 1

2

2

2

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Enfermedad profesional)

Agente causante (AC) (ver tabla)	Descripción de la EP	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada (ver tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio de la inasistencia laboral	Forma de diagnóstico (completar según *)
AC 1	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 2	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 3	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

* La enfermedad se detectó en (códigos de formas de diagnóstico)

Exámen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje judicial	J
Exámen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Exámen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en amb. púb. no hospit.	M	Prestación A.R.T.	B

Centro asistencial

Domicilio

Código postal

Localidad

Tel.

Accidente in itinere No

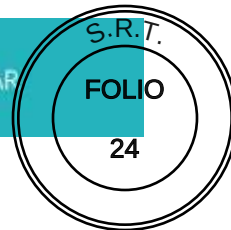
Denuncia policial N°

(Adjuntar copia)

Comisaría

Protección de datos personales:
La información suministrada en el presente formulario será tratada con total confidencialidad, utilizándose únicamente en relación a los servicios brindados por esta compañía. Los datos personales consignados en este documento se resguardarán conforme lo establece la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de Provincia ART S.A. Provincia Aseguradora De Riesgos Del Trabajo S.A. no se responsabiliza por la manipulación, divulgación y/o publicación de los datos o información incluidos en este documento, o cualquier otra acción que terceros no autorizados puedan hacer con la misma.
La Dirección Nacional De Protección de Datos Personales, órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Para más información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: <http://www.jus.gob.ar/datos-personales.aspx>

Declaración Jurada:
Manifiesto en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados son exactos, reales y actualizados, comprometiéndome a informar en lo inmediato si lo declarado sufriera modificación alguna.



Buenos Aires, Septiembre de 2024

Expediente Nro: 486279/24

Cuil: 20314994303

NOMBRE Y APELLIDO: ALLENDE RAMON ROBERTO

A fin de dar respuesta al requerimiento del asunto se informa que el Convenio de Administración de Autoseguro firmado entre la Provincia de Buenos Aires y Provincia ART S.A, establece que PROVART no asume ninguna tarea vinculada a las tareas de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y todo lo relativo a Higiene y Seguridad en el Trabajo , que están a exclusivo cargo de LA PROVINCIA.

Ante denuncias recibidas de supuestas enfermedades profesionales se le solicita, al organismo del gobierno provincial, que remita a esta Aseguradora Informe de R.A.R., Informe de las CyMAT, Exámenes Preocupacionales y Periódicos, Historia Clínica Laboral, Descripción de Puestos de Trabajo y Tareas realizadas, Copia del Libro de Contaminantes y, de corresponder Examen de Egreso del trabajador en cuestión.

Ante la falta de respuesta del empleador y al no contar con la información necesaria, no resulta posible verificar la exposición del trabajador a Agentes de Riesgos, por lo cual se procede al rechazo del siniestro.

INGRESO SRT NRO 2298369/2024 02449516/001/00 DEL840
CANTIDAD DOL 10785
15/10/2024 14:54:55

ENFERMEDADES PROFESIONALES

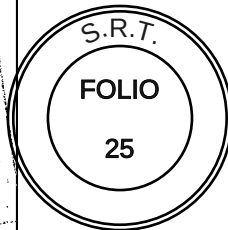
02449516/001/00 DEL840

Enfermedades Profesionales - AMELO

CÓDIGO DE CLIENTE

FRANQUEO A PAGAR
12658

REN	A CD 28952406 9	0	N° A.R. (Troquel T&T)	DESTINATARIO	
PROVINCIA A.R.T. S.A.				ALLENDE RAMON ROBERTO	
DOMICILIO Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F53)				DOMICILIO GUAL 2627 Dpto.H	
CÓDIGO POSTAL B1842ZAC	LOCALIDAD MONTE GRANDE	PROVINCIA BUENOS AIRES	CÓDIGO POSTAL 1437	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL
RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO					
FECHA					
HORA					
ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO					
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO					
SELLO OFICINA ORIGEN				SELLO OFICINA DESTINO	



ES COPIA DEL ORIGINAL 3779360769223

Correo Argentino

OBLEA SUPERIOR
DE ETIQUETA T&T

FRANQUEO A PAGAR
12658

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE	DESTINATARIO
PROVINCIA A.I.	ALLENDE RAMON ROBERTO
DOMICILIO	DOMICILIO GUAL 2627 Dpto.H
CÓDIGO POSTAL 1009	CÓDIGO POSTAL 1437
LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL
PROVINCIA CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL

CAPITAL FEDERAL, 24 de ABRIL de 2024

Ref.:

Nro. de Siniestro: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A.
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
CUIL: 20-31499430-3
Fecha del infortunio: 15/03/2024
Fecha de notificación de la denuncia: 16/04/2024

DE NUESTRA MAYOR CONSIDERACION:

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE NOS DIRIGIMOS A UDS. CON RELACION A LA DENUNCIA DE REFERENCIA, AL RESPECTO SE INFORMA QUE ATENTO QUE EL HECHO DENUNCIADO NO CONFIGURA "ENFERMEDAD PROFESIONAL" EN LOS TERMINOS DEL ART. 6 DE LA LEY 24557, SE HA PROCEDIDO AL RECHAZO DE SU COBERTURA.

FUNDAMENTO DEL RECHAZO: según el Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR) presentado por la Empresa, el trabajador no se encuentra expuesto a AGENTES QUE AFECTEN LA VISION , NO CORRESPONDIENDO SU COBERTURA DENTRO DEL MARCO DE LA LEY 24557.-

EN TAL SENTIDO, NO CORRESPONDE A PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO, BRINDAR EN ESTE CASO PRESTACION EN ESPECIE NI DINERARIA ALGUNA, MOTIVO POR EL CUAL SE SUGIERE CANALIZAR LA ATENCION A TRAVES DE SU COBERTURA MEDICA.

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, UD. PUEDE CONCURRIR A LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS, C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

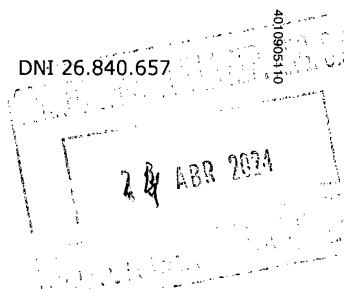
SALUDA A UD. MUY ATENTAMENTE

DRA. EMILIOZZI CAROLINA

MEDICA DE GESTION DE CASOS

DNI 26.840.657

Enfermedades Profesionales - AMELO 02449516/001/00



Doble por aquí

Doble por aquí

CLIENTE CORPORATIVO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Formulario de devolución (RETOUR) de Correo Argentino. Incluye campos para: LEGAJO N° (105581), FECHA (25/04/2024), HORA (10:13), DIRECCION INSUFICIENTE, DIRECCION INEXISTENTE, RECHAZADO, DESCONOCIDO, SE MUDO, y OTROS MOTIVOS. Se indica que la devolución es por "DIRECCION INSUFICIENTE".

Formulario de devolución (RETOUR) de Correo Argentino. Incluye campos para: LEGAJO N° (105581), FECHA (25/04/2024), HORA (10:13), DIRECCION INSUFICIENTE, DIRECCION INEXISTENTE, RECHAZADO, DESCONOCIDO, SE MUDO, y OTROS MOTIVOS. Se indica que la devolución es por "DIRECCION INSUFICIENTE".



INGRESO SRT NRO 22093023
CANTIDAD DE HOJAS: 24
15/10/2024 14:54:55

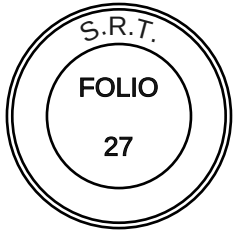
1FDICA
449516/001/00.DEL840
Enfermedades Profesionales - A

1V CD 31723997 7



CD 31723997 7

CORASA
FRANQUEO A PAGAR
12658



A.R. - CARTA DOCUMENTO					
REMITENTE			DESTINATARIO		
PROVINCIA A.R.T. S.A.			ALLENDE RAMON ROBERTO		
DOMICILIO Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F69)			DOMICILIO DALTON 543		
CÓDIGO POSTAL B1842ZAC	LOCALIDAD MONTE GRANDE	PROVINCIA BUENOS AIRES	CÓDIGO POSTAL 5881	LOCALIDAD MERLO	PROVINCIA SANTOS
RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO					
FECHA		FIRMA DEL DESTINATARIO			
HORA					
ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO					
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO			SELLO OFICINA DESTINO		



3779304387186

SELLO OFICINA ORIGEN

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



3779304387186

OBLEA SUPERIOR DE ETIQUETA T&T

CORASA
FRANQUEO A PAGAR
12658

CARTA DOCUMENTO					
REMITENTE			DESTINATARIO		
PROVINCIA A.R.T. S.A.			ALLENDE RAMON ROBERTO		
DOMICILIO			DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL 1009	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL	CÓDIGO POSTAL 5881	LOCALIDAD MERLO	PROVINCIA SANTOS

CAPITAL FEDERAL, 06 de JUNIO de 2024

Ref.:
Nro. de Orden: 02449516/001/00
Empresa: BIGUEST S.A
Trabajador: ALLENDE RAMON ROBERTO
DNI: 31499430
Fecha del Infortunio: 15/03/2024

POR LA PRESENTE Y EN RESPUESTA A SU TCL DE FECHA 03-06-2024 RECHAZAMOS TODOS Y CADA UNO DE SUS TERMINOS POR IMPROCEDENTES, INEXACTOS E INFUNDADOS. A TODO EVENTO, CUMPLIMOS EN HACERLE SABER QUE DE ACUERDO A LO EVALUADO POR LA AUDITORIA MEDICA DE ESTA ASEGURADORA SE RATIFICA EL RECHAZO DE LA COBERTURA DEL INFORTUNIO DE FECHA 15-03-2024. SEGÚN EL RELEVAMIENTO DE AGENTES DE RIESGOS (RAR) PRESENTADO POR LA EMPRESA, EL TRABAJADOR NO SE ENCUENTRA EXPUESTO A AGENTES QUE AFECTEN LA VISION

SIN PERJUICIO DE ELLO Y EN CASO DE DISCREPAR CON EL PRONUNCIAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, LE NOTIFICAMOS A UD. QUE SE ENCUENTRA FACULTADO/A PARA CONCURRIR ANTE LA COMISION MEDICA DE SU ELECCION, DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES OPCIONES DISPUESTAS POR LA NORMATIVA VIGENTE : A) DOMICILIO DENUNCIADO EN SU DNI; B) DOMICILIO DEL LUGAR DE EFECTIVA PRESTACION DE SERVICIOS; C) DOMICILIO DONDE HABITUALMENTE UD. SE REPORTA ANTE SU EMPLEADOR; ELLO, DENTRO DEL PLAZO DE DOS (2) AÑOS PREVISTO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 24557.

QUEDA UD. NOTIFICADO
SIN OTRO PARTICULAR LO SALUDA ATTE:

PROVINCIA A.R.T. S.A.

ROCIO RODRIGUEZ

GERENTA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DNI 27.010.552

Enfermedades Profesionales - AMELO 02449516/001/00

06 JUN 2024
SECTOR CARTA DOCUMENTO

Doble por aquí

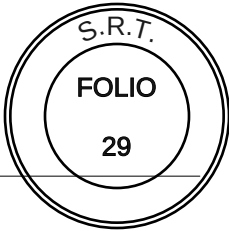
Doble por aquí

CLIENTE CORPORATIVO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DIRECCION INEXISTENTE (Adresse inexistant)	PLAZO VENCIDO RECLAMADO (Non réclamé)
RECHAZADO (Refusé)	DIRECCION INACCESIBLE (Adresse inaccessible)
DESCONOCIDO (Inconnu)	OTROS MOTIVOS (Aclarar)
SE MUDO (Déménagé)	
NUEVA DIRECCION (Si se conoce)	DEVOLUCION (RETOUR)
DATOS DEL DISTRITO	LEGADO RESPONSABLE
FECHA	ACORDACION DEL RESPONSABLE
REPARTO N°	0104-00582

Parte Evolutivo



2449516-1-0

Diagnóstico:

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de Accidente 15/03/2024 Fecha de Alta 18/04/2024 Empresa 30711878633 BIGUEST S.A.
Fecha de Recaída Fecha de Baja 16/04/2024 Trabajador 20314994303 ALLENDE RAMON ROBERTO

Prestador

Identificador 11627 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - ENFERMEDADES PROFESIONALES

1 Tipo Evolutivo: Administrativo Médico Recaida: 0

Fecha de Control 17/04/2024 Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno 00:00 Sitio de Internación

Prestador 11627 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - ENFERMEDADES PROFESIONALES

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 H10.8 OTRAS CONJUNTIVITIS

Médico

Matrícula

Especialidad

Medicación Reposo

Observ. QUERATOCONJUNTIVITIS , EXPOSICION A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACION ULTRAVIOLETA, LUZ AZUL,A AGENTES FISICOS COMO POLVOS Y TIERRA , A PRODUCTOS QUIMICOS COMO COLORANTES Y SOLVENTES , IRRITANTES Y SENSIBILIZANTES Y A AALERGENICOS , ENTRE ELLOS ACAROS DE TELAS NO EXPUESTO SEGUN RAR SIN TELCITAR TG AUD. MITRE

2 Tipo Evolutivo: Suspensión de plazos / Aceptación - Rechazo Recaida: 0

Fecha de Control 17/04/2024 Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador 11627 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - ENFERMEDADES PROFESIONALES

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10

Médico

Matrícula

Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Decisión Area Médica: SuspendidoFormato suspensión: SP22

3 Tipo Evolutivo: Especificaciones para consultorio Recaida: 0

Fecha de Control 17/04/2024 Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador 9753 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 H10.8 OTRAS CONJUNTIVITIS

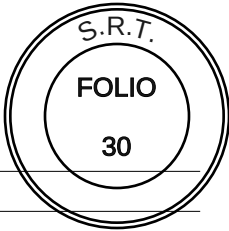
Médico

Matrícula

Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se cita paciente a consultorio externo de Provincia ART para NO EXPUESTO SEGUN RAR SIN TELCITAR TG AUD. MITRE ()



Fecha de Control **17/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno **22/04/2024** Hora turno **14:40** Sitio de Internación

Prestador **27528** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CONSULTORIOS VIRTUALES**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10

Médico **GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL** Matrícula **882** Especialidad

Medicación **Reposo**

Observ. Se ha enviado un telegrama de citación para videoconsulta con médico al trabajador. -

5

Tipo Evolutivo: Comunicación Inicial

Recaida: 0

Fecha de Control **18/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **27528** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CONSULTORIOS VIRTUALES**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **H10.8** OTRAS CONJUNTIVITIS

Médico Matrícula Especialidad

Medicación **Reposo**

Observ. ¿Qué tareas realizás? ENCARGADO DE DEPÓSITO Y CONTROL DE INGRESO Y EGRESO DE MERCADERÍAS DE LA INDUSTRIA¿Confirmás tus datos de contacto? Si
¿Desde qué año realizás tu tarea? 1999
¿Cuál es tu horario laboral? Lunes a Viernes de 7:30 hs a 17:30hs
¿Trabajás con otro empleador? NO
¿Cuál es tu modalidad de trabajo? Presencial
¿Tenés alguna patología de base? ¿Cuál? HERNIA DISCAL
¿Tenés alguna lesión previa a este siniestro? ¿Cuál? NO
¿Cómo ocurrió el accidente? Por enfermedad profesional que me fue diagnosticada
¿Qué lesiones te produjo? Querato conjuntivitis
Si tuviste atención médica, ¿en dónde fue? Consulta Privada
¿Te pidieron copia de tu DNI? No
¿Cuál es tu domicilio habitual de trabajo? BACACAY 3047 CAPITAL FEDERAL
¿Qué tareas realizás? textil EXPOSICIÓN A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA Y LUZ AZUL
()

6

Tipo Evolutivo: Recepción de consentimiento

Recaida: 0

Fecha de Control **22/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **26193** CUIT **27119728237** R.Social **GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL VALLE**

Tipo de Tratamiento

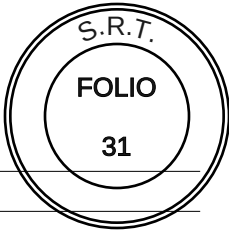
Diagnostico

CIE-10 **H10.8** OTRAS CONJUNTIVITIS

Médico **GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL** Matrícula **882** Especialidad

Medicación **Reposo**

Observ. Acepto términos y condiciones - Fecha: 22/04/2024 - Hora: 14:40 - Profesional: GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL VALLE.



Fecha de Control **22/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **26193** CUIT **27119728237** R.Social **GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL VALLE**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **H10.8** OTRAS CONJUNTIVITIS

Médico **GAUDIO MARTA BEATRIZ DEL** Matrícula **882** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. DX: CONJUNTIVITISACTUALMENTE : NO EXPUESTOEedad: 45 añosPuesto de trabajo actual: con computadoras (fca textil)Puesto de trabajos anteriores:depósitos en crudo y solventes Breve descripción del puesto de trabajo:manifiesta es por los monitores y los productos químicos le produjo el dxHorario y días de trabajo 08 a 18 hs Antigüedad en la tarea:desde 1999 Trabaja actualmente : desvinculado hace 30 días Denuncias previas de EP o AT/secuelas de otros siniestros: 2014 accidente hernia disco con cirugía + prótesis Antecedentes personales:Síntomas actuales y/o patología denunciada : SIN TTO DE ESPECIALISTA QUERATOCONJUNTIVITIS , EXPOSICION A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACION ULTRAVIOLETA, LUZ AZUL,A AGENTES FISICOS COMO POLVOS Y TIERRA , A PRODUCTOS QUIMICOS COMO COLORANTES Y SOLVENTES , IRRITANTES Y SENSIBILIZANTES Y A AALERGENICOS , ENTRE ELLOS ACSE LE COMUNICA QUE CON FECHA 22/4/24 FINALIZAR ATENCIÓN -CON DERIVACION A SU OBRA SOCIAL - DRA MARTA GAUDIO ¿MEDICO LABORAL- MATRIC 882

8 ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Tipo Evolutivo: Resumen de auditoría médica

Recaida: 0

Fecha de Control **24/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **11627** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - ENFERMEDADES PROFESIONALES**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **H10.8** OTRAS CONJUNTIVITIS

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se rechaza la patología denunciada, fundamentado en que, según el Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR) presentado por la Empresa, el trabajador no se encuentra expuesto a AGENTES QUE AFECTEN LA VISION .Por lo tanto, no corresponde brindarle prestaciones según Listado de Enfermedades Profesionales del Decreto 658/96, 49/14 y concordantes, de la ley 24557

9

Tipo Evolutivo: Suspensión de plazos / Aceptación - Rechazo

Recaida: 0

Fecha de Control **24/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **11627** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - ENFERMEDADES PROFESIONALES**

Tipo de Tratamiento

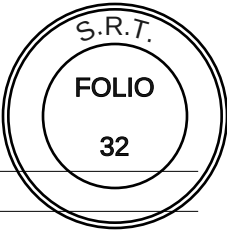
Diagnostico

CIE-10

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Decisión Area Médica: RechazarFormato rechazo: R01Motivo rechazo: según el Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR) presentado por la Empresa, el trabajador no se encuentra expuesto a AGENTES QUE AFECTEN LA VISION



Fecha de Control **24/04/2024** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador CUIT R.Social

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10

Médico

Matrícula

Especialidad

Medicación

Reposo

Observ.

Aviso enviado al prestador - Notificación de Alta Laboral

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Buenos Aires, 3 de septiembre de 2024

EXPEDIENTE SRT: 486279/24

DAMNIFICADO: ALLENDE RAMON ROBERTO

CUIL: 20314994303

En relación al requerimiento recibido y en carácter de declaración jurada informamos que

- **Fecha de contingencia: 15 /03/2024**
- **Fecha de denuncia de la contingencia: 16 / 04 / 2024**
- **Fecha de recepción: 16 / 04 / 2024**
- **Fecha de carga: 16 / 04 / 2024**
- **Fecha de suspensión de plazos: 17 / 04 / 2024**
- **Fecha de rechazo de la contingencia: 06 / 06 / 2024**

Justificación médica del rechazo: Rechazamos todos y cada uno de sus términos por improcedentes, inexactos e infundados a todo evento, cumplimos en hacerle saber que de acuerdo a lo evaluado por la auditoria medica de esta aseguradora se ratifica el rechazo de la cobertura del infortunio de fecha 15/03/2024. Según el Relevamiento de Agentes de Riesgos (RAR) presentado por la Empresa, el trabajador no se encuentra expuesto a AGENTES QUE AFECETEN LA VISIÓN

Se adjunta la documentación pertinente.

Sin más saludo muy atentamente


Dra. Miriam Vanesa MOURAZOS
Enfermedades Profesionales
M.N. 95964
Provincia ART

Consulta de Expuestos

CUIT: 30711878633 Razón Social: BIGUEST S.A.

Último Relevamiento realizado al Establecimiento



CUIT	Razón Social	Nro.Estab.	Fecha	Riesgo	ESOP	Riesgo Descripción
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	1	23/04/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	85	80004	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO SUP.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	60017	60017	CANDIDA ALBICANS
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	000	80009	AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

Consulta de Expuestos
CUIT: 30711878633 Razón Social: BIGUEST S.A.
Último Relevamiento realizado al Establecimiento



CUIT	Razón Social	Nro.Estab.	Fecha	Riesgo	ESOP	Riesgo Descripción
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	001	80010	AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	86	80005	POSIC.FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS (MIEMBRO INF.)
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA

Consulta de Expuestos
CUIT: 30711878633 Razón Social: BIGUEST S.A.
Último Relevamiento realizado al Establecimiento



CUIT	Razón Social	Nro.Estab.	Fecha	Riesgo	ESOP	Riesgo Descripción
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
30711878633	BIGUEST S.A.	3	27/08/2024	002	80011	CARGA,POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[illegible]



104591534

Mesa de Entradas
16/04/2024

FOLIO

38

Más de 30 palabras

DESTINATARIO

PROVINCIA ART S.A.

Apellido y nombre o razón social

ART

Rango o actividad principal

Carlos Pellegrini 91, piso 1ro.

Domicilio laboral

C.A.B.A.

Localidad

Provincia

REMITENTE

ALLENDE ROBERTO RAMÓN

Apellido y nombre

31499430

DNI N°

DALTON 543

Domicilio real

MERLO

Localidad

BS. AS.

Provincia

MEDIANTE LA PRESENTE DENUNCIO A TRAVÉS DE CONSULTA PRIVADA REALIZADA CON FECHA 15 DE MARZO DE 2024, HE TOMADO CONOCIMIENTO DE HABER CONTRAÍDO ENFERMEDAD PROFESIONAL PRODUCTO DE MIS LABORES, SIENDO LAS MISMAS EXPOSICIÓN A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACIÓN ULTRAVIOLETA Y LUZ AZUL; A AGENTES FÍSICOS COMO POLVOS Y TIERRA, A PRODUCTOS QUÍMICOS COMO COLORANTES Y SOLVENTES, IRRITANTES, SENSIBILIZANTES Y A ALERGENICOS, ENTRE ELLOS, ÁCAROS DE TELAS DEPOSITADAS EN LA JORNADA LABORAL, SIENDOME DIAGNOSTICADA QUERATO CONJUNTIVITIS. TODA ESTA ACTIVIDAD LA DESEMPEÑÉ PARA LA EMPRESA BIGUEST S.A., CUIT NRO. 30-71187863-3, CON DOMICILIO EN LA CALLE BACACAY 3047, C.A.B.A, DONDE PRESTO TAREAS Y HABIENDO INGRESADO A LA EMPRESA EN FECHA REAL EN SEPTIEMBRE DE 1999, INTIMO PLAZO 48 HORAS BRINDE LAS PRESTACIONES MEDICAS Y TRASLADOS A ATENCION MEDICA EN VIRTUD DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE LOS TRABOS DESCRIPTOS BAJO APERCIBIMIENTO DE ACCIONAR ANTE LA SRT O LA JUSTICIA LABORAL SEGÚN CORRESPONDA, SIRVIENDO LA PRESENTE DE SUFICIENTE PUESTA EN MORA CONFORME ART. 12 INC. 3RO. DE LA LEY 24557 CON LA MODIFICACIÓN DEL DEC. 669/2019 (CAPITALIZACIÓN DE INTERESES CONFORME ART. 770 INC. "C" DEL CCYCYN). A PESAR QUE DE QUE HASTA LA FECHA PRESENTO LAS PATOLOGÍAS MENCIONADAS, LAS PRESTACIONES ME LAS VIENEN NEGANDO A PESAR DE LOS INSISTENTES RECLAMOS TELEFONICOS A UDS- Y PERSONALES A MI EMPLEADOR. REMITO LA PRESENTE EN VIRTUD DE HABER SOLICITADO DICHAS PRESTACIONES EN VIRTUD DEL CONTRATO DE AFILIACION SUSCRITO Y VIGENTE ENTRE UDS. ME RESALTO LAS ATENCIONES POR OBRA SOCIAL Y AÚN NO SE ME HA DADO EL ALTA Y LA EMPRESA. REITERO QUE DICHAS DOLENCIAS SON CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE ENFERMEDAD DE TRABAJO CITADO. TODO BAJO APERCIBIMIENTO DE REALIZAR DENUNCIA ANTE SUPERINTENDENCIA DE A.R.T., SER CONSIDERADA SU ACTITUD COMO ABANDONO DE PERSONA E INICIAR LAS ACCIONES LEGALES QUE POR DERECHO ME ASISTEN.



Roberto Allende 20314994303

1 - Comunicación de renuncia ☐

2 - Comunicación de ausencia ☐

3 - Otro tipo de comunicación ☐

104664822
Mesa de Entradas
29/05/2024

S.R.T.
FOLIO
39

DESTINATARIO

PROVINCIA ART S.A.

Apellido y nombre: *ART*

Razón social principal

Carlos Pellegrini 91, piso 1ro.

Dirección Laboral

C.A.B.A.

Localidad

Provincia

REMITENTE

ALLENDE ROBERTO RAMÓN

Apellido y nombre:

31499430

DNI N°

DALTON 543

Domicilio rea

MERLO

Localidad

BS. AS.

Provincia

ME COMUNICO CON UD. EN VIRTUD DEL SINIESTRO 0244951600100, TODA VEZ QUE NO HE RECIBIDO NINGUNA RESPUESTA POR UD. BRINDADA RESPECTO DE MI DENUNCIA REALIZADA EL 15 DE ABRIL PASADO POR MEDIO DE MI TELEGRAMA NRO. 25103981 4, HABIENDO UD. ACEPTADO SINIESTRO CONFORME ART. 6 DEL DECRETO 717/96, Y HABIÉNDOME UD. ENTREVISTADO CONFORME CONSTANCIA QUE TENGO EN MI PODER. REITERO MI INTIMACIÓN ANTERIOR A FIN DE QUE BRINDE PRESTACIONES. COMUNIQUE QUE SOLO RECIBIRÉ CONTESTACIONES A LA PRESENTE QUE SEAN REMITIDAS AL ACTUAL DOMICILIO QUE REVISTO SITO EN LA CALLE DALTON 543, MERLO, PCIA. DE BS AS, NO TENIENDO EFECTO LEGAL ALGUNO CUALQUIER OTRA MISIVA QUE NO SE REMITIDA A ESTA DIRECCIÓN. RESERVO ACCIONES.



[Signature]
RAMÓN Roberto Allende
31499430

- 1 - Comunicación de renuncia ☐ 2 - Comunicación de ausencia ☐ 3 - Otro tipo de comunicación ☒





104672912 FOLIO

Mesa de Entradas

04/06/2024

40

Más de 30 palabras

CD 31758930 5 Correo Argentino DOCUMENTO

DESTINATARIO

PROVINCIA ART S.A.

Apellido y nombre, o razón social

ART

Razón o actividad principal

Carlos Pellegrini 91, piso 1ro.

Domicilio laboral

C.A.B.A.

Localidad

Código postal

23/06/2024

Provincia

REMITENTE

ALLENDE ROBERTO RAMÓN

Apellido y nombre

31499430

DNI N°

DALTON 543

Domicilio real

MERLO

Localidad

3-6-24

Fecha

BS. AS.

Provincia

RECHAZO SU CD. NRO. 31723194 2 TODOS TÉRMINOS POR FALSA, MALICIOSA E IMPROCEDENTE. NIEGO HABER RECIBIDO LA MISIVA QUE EN ELLA INVOKA. NIEGO QUE CON FIDUCIA DE TRABAJO NO HAYA AGENTES DE RIESGOS QUE AFECTEN MI VISIÓN. RATIFICO TOTALIDAD DE MIS TELEGRAMAS ANTERIORES POR AJUSTARSE A LA REALIDAD FÁCTICA Y JURÍDICA. RESERVO ACCIONES.

Roberto Ramon Allende



1 - Comunicación de renuncia ☐

2 - Comunicación de ausencia ☐

3 - Otro tipo de comunicación ☒

DETALLE ACCIDENTE

Trabajador:	ALLENDE RAMON ROBERTO	Nro Documento:	-	
Sexo:	M - Masculino	Nacionalidad:	ARGENTINA	
Fecha Nacimiento:	-	CUIL:	20314994303	
	CUIL DEFINITIVA	CUIL ANTERIOR	FECHA DE ASOCIACION	FECHA DE DESASOCIACION
Cuil Asociado:	*20314994303			
	(*) Cuil Definitiva			

Tipo de EP: Enfermedad Profesional - Rechazado - Sin Secuelas Incapacitantes

Nro. de EP:	24495101202400784400	Registrado por:	PROVINCIA
Fecha de Ingreso de Denuncia:	03/05/2024		
Forma de Ingreso:	Carta documento		
Domicilio Ocurrencia:	BACACAY 3047	Provincia Ocurrencia:	C.A.B.A.
Localidad Ocurrencia:	BACACAY 1201-3300	CUIT Ocurrencia:	30711878633 - BIGUEST S.A.
CPA Ocurrencia:	C1406GEC	Fecha de Diagnóstico:	15/03/2024
Egreso:	-		
Días ILT:	-	Fecha Toma Conocimiento:	16/04/2024
Motivo Cese Transitoriedad:	-	Fecha Inicio Inasistencia:	15/03/2024
Ocurrencia en vía pública:	-	Fecha Finalización:	-
Motivo del rechazo:	R	Fecha Alta Médica:	-
		Fecha Inicio Transitoriedad:	-
		Fecha Cese Transitoriedad:	-
Examen Periódico:	N	Fecha del rechazo:	24/04/2024
Ocupación:	Otros oficinistas	Fecha Últ. Examen Periódico:	-
		Fecha de Defunción:	-
Tiempo Exposición:	151	Antigüedad:	1 mes
Patología Trazadora:	-		
Estrés Postraumático:	-		

Diagnóstico Primero:	H108 - Otras conjuntivitis	Lesión Primera:	-	Zona del cuerpo Primera:	002 - Ojos (con inclusión de los párpados, la órbita y del nervio óptico)
----------------------	----------------------------	-----------------	---	--------------------------	---



Diagnóstico Segundo:	-	Lesión Segunda:	-	Zona del cuerpo Segunda:	-	
Diagnóstico Tercero:	-	Lesión Tercera:	-	Zona del cuerpo Tercera:	-	
Agente/Material Asociado:	50220 - OTROS ELEMENTOS EN EL INTERIOR DEL MEDIOAMBIENTE DE TRABAJO NO ONCLUIDOS BAJO ESTE EPIGRAFE		Agente Causante EP:	90005 - RAYOS LASER	Forma Accidente:	-
				Descripción del Siniestro:	QUERATOCONJUNTIVITIS , EXPOSICION A MONITORES DE PC SOMETIDO A RADIACION ULTRAVIOLETA, LUZ AZUL, A AGENTES FISICOS COMO POLVOS Y TIERRA , A PRODUCTOS QUIMICOS COMO COLORANTES Y SOLVENTES , IRRITANTES Y SENSIBILIZANTES Y A AALERGENICOS , ENTRE ELLOS ACAROS DE TELAS	
-						
Crónico:	NO	Intercurrencia:	-			
Recalificación:	NO	Nro. Intercurrencia:	-			
Ingreso Base:	776011.50	Tratamiento Pendiente:	NO			
Tipo Prest Med Prim Aten:	Establecimiento	Especialidad 1:	-			
Cod Prest Med Prim Aten:	138902	Especialidad 2:	-			
CUIT Prestador:	30688254090	Especialidad 3:	-			

DATOS DEL EMPLEADOR

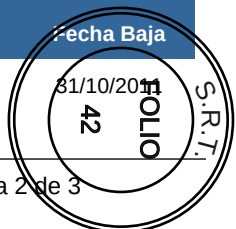
CUIT:	30711878633	Denominación:	BIGUEST S.A.
Dirección:	BACACAY 003047 CAPITAL FEDERAL C.A.B.A. 1406	Pertenece a TJN:	No pertenece a TJN
Forma Jurídica:	Sociedad Anónima	Afiliación Vigente:	00051 - PROVINCIA
Actividad Principal:	139900 - Form.883: Fabricación de productos textiles n.c.p.	Inicio Afiliación:	01/11/2023
Actividad Secundaria:	131300 - Form.883: Acabado de productos textiles	Nivel de Cumplimiento:	2
Otra Actividad:	464119 - Form.883: Venta al por mayor de productos textiles n.c.p.	Tipo:	Definitiva
		Impuesto Actual:	EMPLEADOR

CUITES ASOCIADOS

La Cuit 30711878633 no presenta ninguna CUIT asociada

HISTORIA TRIBUTARIA

Tipo	Categoría	Fecha Alta	Fecha Baja
Empleador	---	01/10/2011	31/10/2011

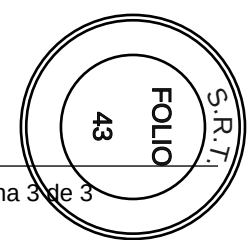


Tipo	Categoría	Fecha Alta	Fecha Baja
Empleador	---	01/11/2011	No se dispone del dato

Se informa que los datos del CUIL/DNI se obtuvieron a partir de hacer una lectura en el siguiente orden:

- Si el CUIL se informó en el Registro de AT/EP se muestra ese dato.
- Si no existe se muestra el CUIL de AFIP.
- Y finalmente, si el trabajador no posee CUIL se muestra el DNI declarado en el Registro de AT/EP.

ES UNA COPIA FIEL DEL ORIGINAL





Ministerio de Capital Humano
Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

22 de octubre de 2024.-

EXPEDIENTE SRT N°: 486279/24 – PROVINCIA ART.

DAMNIFICADO: 20314994303 – ALLENDE RAMON ROBERTO

TIPO DE TRÁMITE: "RECHAZO DE LA CONTINGENCIA AT/EP".

ASUNTO: *Análisis del área*

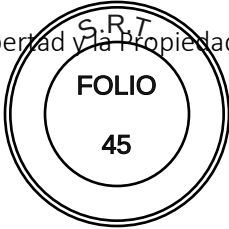
Habiéndose procedido al control administrativo de las presentes actuaciones, se verifica lo siguiente respecto de la documental acompañada:

A) CONTINGENCIA OBJETO DE TRÁMITE

- Tipo de contingencia
 - Enfermedad Profesional ☒
 - Accidente de Trabajo ☐
 - Accidente In Itinere ☐
 - Fecha PMI: 15/03/2024
 - Trámite ante CCMM por el mismo AT/EP
 - Antecedentes Judiciales por el mismo AT/EP
- SI ☐ Nro. de Expte. SRT:
NO ☒
- SI ☐ Adjuntar PDF de reporte de RAJ
NO ☒

B) DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR LA PARTE TRABAJADORA

- DNI de el/la trabajador/a (anverso y reverso) ☒ Folio: 3-4
- Opción de competencia de la CMJ interviniente ☒ Folio: 5
 - Firmado por trabajador/a y letrado ☐ / Firmado por apoderado ☒
 - Documental Respaldatoria
 - Domicilio Trabajador/a ☒
 - Domicilio Laboral ☐ Folio:
- Designación del Patrocinio ☒ Folio: 6



Ministerio de Capital Humano
Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

- Firmado por trabajador/a y letrado ☒ / Firmado por apoderado ☐
- Matrícula de el/la abogado/a (anverso y reverso) ☒ Folio: 7-10
- Escrito de inicio Res. SRT N° 899/17 ☒ Folio: 13-15
 - Firmado por trabajador/a y letrado ☐ / Firmado por apoderado ☒
- Notificación del rechazo de la contingencia ☒ Folio: 11

C) DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR LA ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOSEGURO

- Informe del Caso ☒ Folio: 33
- Denuncia de la contingencia ☒ Folio: 23
- Notificación del Rechazo de la Contingencia ☐ Folio: 18
 - AR ☒ Folio: 21
- Notificación de Suspensión de Plazos Sí ☒ N/C ☐ Folio: 17
 - AR ☒ Folio: 22
- Historia Clínica de la Contingencia SI ☒ N/C ☐ Folio: 29-32
- Estudios médicos complementarios SI ☐ N/C ☒ Folio:
- Solo para Accidentes *In Itinere* N/C ☒
 - Informe de investigación del siniestro ☐ Folio:
 - Denuncia policial ☐ Folio:
- Solo para Enfermedades Profesionales: N/C ☐
 - Exámenes Pre-ocupacionales ☐ Folio:
 - Exámenes Médicos Periódicos ☐ Folio:
 - Análisis y Evaluación de Riesgos por puesto de trabajo ☐ Folio:
 - Nómina de Personal Expuesto (NPE) ☒ Folio: 34-37
 - Relevamiento Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo (CyMAT) ☐ Folio:

D) FUNDAMENTO DEL RECHAZO DE LA CONTINGENCIA



*Ministerio de Capital Humano
Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*



- En caso de Accidentes de Trabajo ☐
 - Evaluación médica del/la trabajador/a y/o estudios complementarios ☐ Folio:
 - Informe de Investigación del Siniestro ☐ Folio:
- En caso de Enfermedad Profesional ☒
 - Exámenes médicos y estudios practicados ☐ Folio:
 - Ausencia de exposición a agentes de riesgo ☒ Folio: 34-37
 - Patología no incluida en el listado de EP ☐
- Inasistencia del/la trabajador/a a evaluación médica o imposibilidad de realizarla. ☐
 - Notificación de citación a evaluación médica ☐ Folio:
 - AR ☐ Folio:
- Admisibilidad del trámite en el supuesto de EP (Res. SRT N° 9/18, Anexo, punto 4.1.1)
 - Certificado médico aportado por la parte trabajadora ☐ Folio:
- Fundamentos Jurídicos del Rechazo ☐
 - Falta de Cobertura/Afiliación ☐
 - Prescripción ☐
 - Cosa Juzgada ☐
 - Inexistencia de la Relación Laboral ☐
 - Dolo o fuerza mayor extraña al trabajo / supuestos de fraude ☐
- Otros motivos ☐
 - Especificar: Folio:

CONCLUSIONES

Se ha verificado el cumplimiento de las partes respecto de los requisitos de admisibilidad previstos para la presente tramitación en los artículos 7° y 8° de la Res. SRT N° 179/15, el artículo 1° de la Res. SRT N° 298/17 y los artículos 6° y 7° de la Resolución SRT N° 899/17.

En función de lo expuesto, se procede a derivar las presentes actuaciones para la correspondiente intervención de la/el Secretario Técnico Letrado en el marco de sus competencias.

SOLICITUD DE GIRO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 22/10/2024

Ref.: Expediente SRT N° 486279/24

Se giran las presentes actuaciones para la prosecución del trámite.

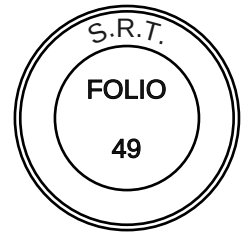
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Paredes, Maria Eugenia
Dpto. Técnico de Inicio y Sustanciación de Trámites
ante Comisiones Médicas



Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. LAGRANGE PABLO MARIANO, CUIT 23272942579, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 486279/24 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



ACOMPAÑA PETICIÓN FUNDADA.-

COMISIÓN MÉDICA SRT

Nro. 10, C.A.B.A.

LAGRANGE, PABLO MARIANO, Abogado, inscripto en la matrícula del C. A.L.M., bajo el T° VI- F° 243, C.U.I.T. 23-27294257-9, I.V.A. Monotributista, (MAIL drpablolagrange@gmail.com Cel. 1144057812), en mi carácter de apoderado del trabajador Sr. ALLENDE RAMON ROBERTO, DNI 31499430, en el expediente de referencia Nro. **486279/24** digo:

I.- Que atento el estado de las actuaciones vengo a acompañar petición fundada por profesional óptico.

Tener presente lo expuesto y proveer de conformidad,

SERA JUSTICIA

INFORME MEDICOLEGAL

ALLENDE ROBERTO RAMÓN; DNI: 31499430; 49 años; FN : 01/11/1974

ASEGURADORA: PROVINCIA ART

DATOS DEL EMPLEADOR: BIGUEST S.A..

CATEGORIA LABORAL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO B CCT 130/75

TAREAS REALIZADAS: tareas administrativas con computadora, revisado en crudo de telas, desarrollos de colores, sometido a solventes y pinturas que se usan para teñir telas, pelusas y polvos, y control de ingreso y egreso de mercaderías de la industria textil,

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DESCRIPCIÓN DEL AGENTE DE RIESGO

Exposición a monitores de PC sometido a radiación ultravioleta y luz azul; a agentes físicos como polvos y tierra, a productos químicos como colorantes y solventes, irritantes, sensibilizantes y a alérgicos, entre ellos, ácaros de telas depositadas.

HECHOS : refiere el trabajador que padece picazón, ardor, ojos rojos, secreciones, visión borrosa, encandilamiento y que ve una "telita nasal"

EXAMEN FÍSICO



AMBOS OJOS

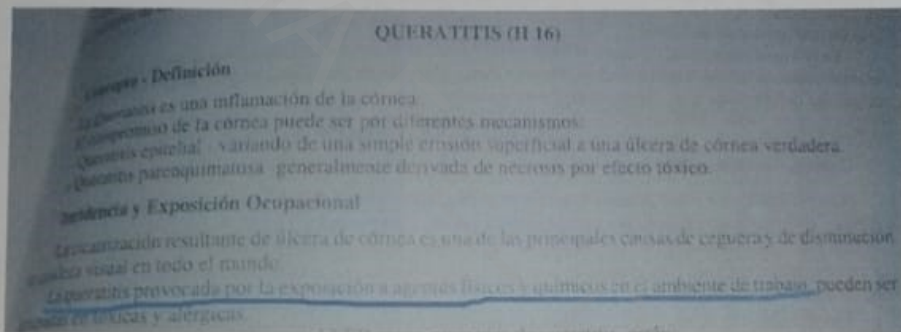
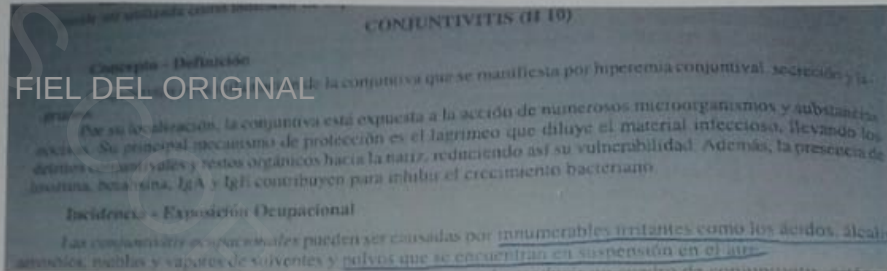
Congestión conjuntival, secreción, repliegue conjuntival nasal, córnea transparente, cámara anterior

formada, pupilas redondas isocóricas reflejas.

DIAGNÓSTICOS

CONJUNTIVITIS/QUERATITIS/QUERATOCONJUNTIVITIS/ PTERIGION.

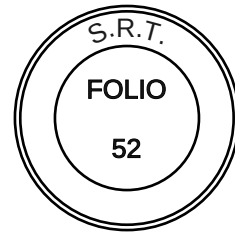
Estas patologías se encuentran directamente previstas en el Dec. 658/96 que aprobó el Listado de Enfermedades Profesionales, previsto en el art. 6º, inc. 2º, de la Ley 24557. Allí se mencionan las patologías, los agentes de riesgo causantes, y las tareas que se encuentran expuestas.



Se solicita a las "Comisiones Médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo" que dictamine sobre las patologías en cuestión, y realice los estudios pertinentes para valorar el daño producido por el trabajo.

Guillermo F. Maccagno
MEDICO LEGISTA
M.N. 88.782

28/11/2024



Ingreso

Nro: 2608595/2024

Tipo de presentación: Presentación de pruebas

Tipo de Ingreso: OFRECE PRUEBA

Tema: PRESENTACIÓN DE PETICIÓN FUNDADA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Datos de Contacto del Remitente

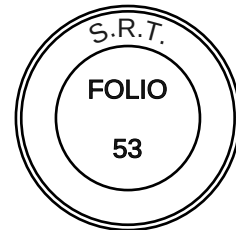
CUIL: 23272942579

Nombre y Apellido: LAGRANGE PABLO MARIANO

Teléfono Fijo: (011)21068830

Teléfono Celular: (011)1544057812

Email: drpablolagrange@gmail.com



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Secretaría Técnico Letrada- Comisión Médica Jurisdiccional

**EXPTE S.R.T. 486279/24– Trabajador ALLENDE RAMON ROBERTO- CUIL
20314994303- PROVINCIA -Trámite: “RECHAZO DE LA CONTINGENCIA
AT/EP”- CONTINGENCIA N° 24495101202400784400.**

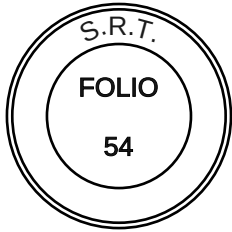
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Se requiere la intervención de esta Secretaría Técnico Letrada por rechazo de la contingencia realizado por la ART en virtud de las competencias asignadas a esta Secretaría Técnica Letrada.

Visto el estado y las constancias de autos, y verificadas las condiciones de admisibilidad respecto al trámite intentado, procedo a dictaminar conforme normativa aplicable (Resoluciones S.R.T. N° 298 -B.O. 24/02/17 y N° 899-E - B.O. 10/11/17-).

MARIA GABRIELA GONZALEZ MARIMON

**ABOGADA
SECRETARIA TECNICA LETRADA CMJ**



*Ministerio de Capital Humano
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

"AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA,
LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD"

12/12/2024

EXPEDIENTE NRO.: 486279/24

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DICTAMEN JURIDICO

**EXPTE S.R.T. 486279/24- Trabajador ALLENDE RAMON ROBERTO- CUIL 20314994303-
PROVINCIA -Trámite: "RECHAZO DE LA CONTINGENCIA AT/EP"- CONTINGENCIA N°
24495101202400784400.**

-I-

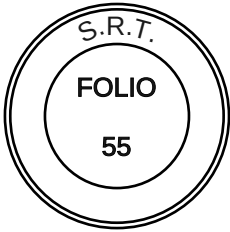
ANTECEDENTES

El caso de la referencia se inicia por Rechazo de Enfermedad Listada, con la denuncia realizada por el trabajador con fecha 15/04/2024 obrante a fs. 12, por presuntas enfermedades profesionales con fecha de Primera Manifestación Invalidante (PMI) el 15/03/2024.

La enfermedad que se ha registrado bajo el número 24495101202400784400 es QUERATO CONJUNTIVITIS, la cual se trata en este expediente.

El denunciante en su escrito inicial manifiesta que se desempeña para la empresa BIGUEST S.A, ejecutando tareas por la cuales ha estado expuesto a monitores PC sometido a radiación ultra violeta y luz azul, asimismo refiere que estuvo expuesto a polvos, tierra, productos químicos, solventes, colorantes lo que provoco la enfermedad diagnosticada como QUERATO CONJUNTIVITIS.

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



A fs. 50/51 informe médico legal de parte.

Como consecuencia de las tareas realizadas, el trabajador desarrollo una enfermedad profesional:
QUERATO CONJUNTIVITIS.

A fs. 18 luce la CD de fecha 24/04/2024, que envía la ART al trabajador, fundando el rechazo en que el hecho denunciado no configura enfermedad profesional.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

-II-

MARCO NORMATIVO

1.- De la competencia y el procedimiento.

La suscripta es competente para intervenir en autos de acuerdo a lo previsto en la Resolución SRT 298/17-reglamentaria de la Ley 27.348- y el artículo 3, apartado 1., incisos a) y c) y art. 7 de la Resolución SRT 899-E/17.

-III-

ANALISIS DEL CASO

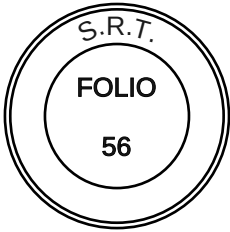
1.- Cuestiones Preliminares:

A) Competencia Territorial.

Cabe señalar que el trabajador ALLENDE RAMON ROBERTO canalizó su reclamo en esta Comisión Médica por acreditar DDJJ de opción de competencia por su domicilio (fs.5).

B) Patrocinio Letrado obligatorio:

Asimismo, se presentó con la asistencia letrada, a fs. 6 de abogado inscripto en el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal, ello de conformidad con el art. 1° de la Ley N° 27.348 y 5° de la El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



Resolución SRT N° 298/17.

C) Temporalidad del rechazo de la Aseguradora:

El trabajador efectúa por telegrama la denuncia con fecha 15/04/2024 - ver fs. 12-; con fecha 17/04/2024 la ART suspende plazos –ver fs. 17-; la ART formula rechazo de la contingencia que nos ocupa por CD de fecha 24/04/2024 -obrante a fs.18-, cumplimiento así, con los plazos establecidos por el artículo 6° del Decreto N° 717/96.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

2. Medios de Prueba:

Ahora bien, proveyendo el ofrecimiento de prueba realizado por la parte trabajadora con la asistencia letrada y el informe del caso presentado por la Aseguradora, resuelvo:

- MEDIOS DE PRUEBA PARTE ACTORA:

Documental: DNI del denunciante fs.3/4; opción de competencia fs.5; constancia de patrocinio fa. 6; Telegrama de denuncia a fs. 12; Escrito de presentación a fs. 13/15; constancia de rechazo de la contingencia a fs. 8; informe médico de parte a fs.50/51. Ténganse presentes los documentos electrónicos incorporados, los que serán tenidos en cuenta al tiempo de dictaminar.

- MEDIOS DE PRUEBA ASEGURADORA:

Documental: denuncia fs. 23; parte evolutivo fs. 29/32; informe del caso fs. 33; CD de rechazo de la contingencia dirigida al denunciante –ver fs.25; CyMAT fs. 34/37. Ténganse presentes los documentos electrónicos incorporados, los que serán tenidos en cuenta al tiempo de dictaminar.

3.- Fundamento del rechazo.

Por todo lo expuesto precedentemente y visto el fundamento invocado por la ART, a través de la respectiva misiva de rechazo, donde refiere que de acuerdo a lo evaluado por auditoria médica ratifica el rechazo por el siniestro de fecha 15/03/2024 según RAR el trabajador no se encuentra expuesto a agentes

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



de riesgo que afecten la visión –fs. 33- acompañando CyMAT a fs. 34/36 a fin de fundar su rechazo, conforme lo establece la Resolución SRT N° 9/18 y su anexo.

-IV-

CONCLUSION

No habiendo sido ofrecida otra prueba que requiera se ordene su producción ni existiendo planteos de tipo jurídico que obsten al progreso del expediente, notifíquese la presente y remítanse estas actuaciones al área médica, la que determinará si resultan necesarios otros medios de prueba de carácter técnico–científico previo a la emisión del dictamen.

Constituyendo el presente dictamen un acto preparatorio de la voluntad administrativa el mismo no resulta pasible de recursos, debiendo diferir cualquier planteo a la oportunidad de ejercitar la opción recursiva prevista por el artículo 2° de la Ley N° 27.348 y el artículo 16 de la Resolución S.R.T. N° 298/17 contra el acto del Servicio de Homologación de la Comisión Médica Jurisdiccional.

Notifíquese la presente por Ventanilla Electrónica, y devuélvanse los actuados a los fines de la prosecución del trámite.

Gonzalez Marimon, Maria Gabriela
Dpto de Secretarios Técnicos Letrados
Gerencia de Administración de Comisiones Médicas

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Comunicacion de DJ a la ART/EA	12/12/2024
Trabajador CUIT Letrado: 23272942579	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Comunicacion de DJ al empleador/patrocinante	12/12/2024
Empleador CUIT: 30711878638	V.E. - Res. S.R.T. N° 365/2009	Comunicacion de DJ al empleador/patrocinante	12/12/2024

Total Consulta: 3

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SOLICITUD DE GIRO

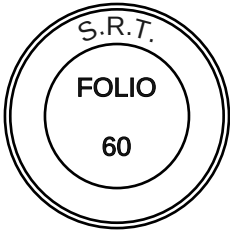
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 12/12/2024

Ref.: Expediente SRT N° 486279/24

Se giran las presentes actuaciones para la prosecución del trámite.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Guyet, Luis Marcelo
Jefe de Departamento
A/C Dpto de Secretarios Técnicos Letrados



"AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA,
LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD"

Fecha: 20/12/2024 07:07:42

INFORME TÉCNICO MÉDICO

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expte SRT: 486279/24
Comisión Médica: 010 - CAPITAL FEDERAL
Localidad: CAPITAL FEDERAL
Dañificado: 20314994303 - ALLENDE RAMON ROBERTO - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 31499430
Fecha Nacimiento: 18/01/1979
Edad: 45
ART/EA: 00051 - PROVINCIA
Nro AT/EP: 24495101202400784400

DATOS DEL SINIESTRO

Motivo de la Presentación: Rechazo de la Contingencia AT/EP
Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional
Intercurrencia: NO
1era Manifestación: 15/03/2024

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: 10G-L-01201/14, Motivo: Rechazo de la Denuncia , CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: 07/04/2014, Fecha del Dictamen: , Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: Caducidad y Archivo , Fecha del Estado Actual:

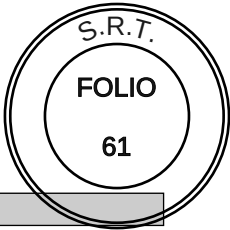
Otras Preexistencias: No presenta preexistencias.

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Identificación de las patologías derivadas de la contingencia Queratoconjuntivitis.
Descripción de la contingencia: Trabajador de una empresa dedicada a la fabricación de productos textiles, en tareas como auxiliar administrativo, refiere exposición a monitores de pc sometido a radiación ultravioleta y luz azul, con más de 20 años de antigüedad, denuncia Enfermedad Profesional: Queratoconjuntivitis. Es Asistido por su Aseguradora.
Resultados de los estudios médicos y/o las interconsultas obrantes en las actuaciones: Es asistido por su A.R.T., recibe asistencia médica, en evolución de fecha 22/04/2024 se lee: manifiesta es por los monitores y los productos químicos le produjo el diagnóstico. Horario y días de trabajo 08 a 18 hs Antigüedad en la tarea: desde 1999 Trabaja actualmente : desvinculado hace 30 días Denuncias previas de EP o AT/secuelas de otros siniestros: 2014 accidente, hernia disco con cirugía + prótesis Antecedentes personales: Síntomas actuales y/o patología denunciada : sin tratamiento de especialista queratoconjuntivitis , exposición a monitores de pc sometido a radiación ultravioleta, luz azul, a agentes físicos como polvos y tierra , a productos químicos como colorantes y solventes , irritantes y sensibilizantes y a alérgicos , entre ellos ácaros, se le comunica que con fecha 22/4/24 finalizar atención -con derivación a su obra social. Obra en el expediente: Informe Médico Pericial de fecha 27/11/2024 Dr. Maccagno Guillermo Médico Legista MN 88.782 Se realiza trámite de rechazo de la contingencia de fecha 24/04/2024 fundamentado en la ausencia de exposición al agente de riesgo. Dictamen Jurídico de fecha 12/12/2024.

Lacheski, Lucia Ana
Matr. Nac. 94972

Expediente: 486279/24



CIERRE DE ACTUACIONES

Se procede al cierre de las actuaciones por no corresponder el motivo del expediente: NO

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: NO

Estudios Solicitados:

Observaciones:

Especifique:--

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA AL TRABAJADOR

Solicitud de historia clínica al Trabajador: NO

OBSERVACIONES

Motivos que justifican la falta de necesidad de efectuar examen físico: La Documentación obrante en el Expediente resulta suficiente para emitir Dictamen. Res. SRT 20/2021.

AUDIENCIA

Requiere Audiencia: NO

FIRMANTES

Lacheski, Lucia Ana

Matr. Nac. 94972

Expediente: 486279/24

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificar ITM a la ART	21/12/2024
Trabajador CUIT Letrado: 23272942579	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notificar ITM al Patrocinante	21/12/2024

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Total Consulta:2

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SOLICITUD DE GIRO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21/12/2024

Ref.: Expediente SRT N° 486279/24

Se giran las presentes actuaciones para la prosecución del trámite.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Mico, Maria Florencia
Jefe de Departamento
Dpto. de Coordinación y Asistencia Administrativa de
Profesionales Médicos

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21/12/2024
Ref.: Expediente SRT N° 486279/24

VISTA Y ALEGATO

EXPEDIENTE S.R.T. N°: 486279/24

MOTIVO: Rechazo de la Contingencia AT/EP

DAMNIFICADO: ALLENDE RAMON ROBERTO

CUIL N°: 20314994303

Habiéndose producido en las presentes actuaciones la prueba ofrecida por las partes y/o las medidas para mejor proveer dispuestas por la Comisión Médica actuante, se da por concluida la etapa probatoria. Consecuentemente, se procede a notificar a las partes que podrán tomar vista de las actuaciones por TRES (3) días a fin de que, si lo creyeren conveniente, aleguen sobre la prueba producida, en un plazo máximo total de CINCO (5) días, incluidos los días para tomar vista, conforme las disposiciones contenidas en el artículo 8° de la Resolución SRT N° 298/17.

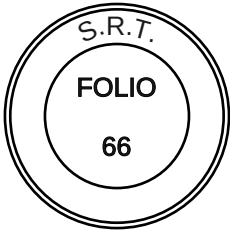
Comisión Médica N° 010
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación para Alegar a la ART	21/12/2024
Empleador CUIT: 30711878633	V.E. - Res. S.R.T. N° 365/2009	Notificación para Alegar al Empleador por Ventanilla Elec.	21/12/2024
Trabajador CUIT Letrado: 23272942579	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notificación para Alegar al Patrocinante por Ventanilla Elec.	21/12/2024

Total Consulta: 3

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Fecha: 06/01/2025 07:33

DICTAMEN MEDICO

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expediente SRT: 486279/24
Comisión Médica: 010 - CAPITAL FEDERAL

Fecha Inicio Trámite: 08/10/2024
Localidad: CAPITAL FEDERAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DAMNIFICADO

Damnificado: 20314994303 - ALLENDE RAMON ROBERTO - DOCUMENTO UNICO - 31499430

Fecha de nacimiento: 18/01/1979

Edad: 45

Sexo: M

Domicilio notificación: GUAL PH 3D

Localidad notificación: CAPITAL FEDERAL - C.A.B.A. - CP:1111

A.R.T./E.A.: 00051 - PROVINCIA

Nro AT/EP: 24495101202400784400

Empleador: 30711878633 - BIGUEST S.A.

Tareas Habituales del Damnificado: ver "Descripción de la contingencia"

Antigüedad en la Empresa: ver "Descripción de la contingencia"

Antigüedad en la Tarea: ver "Descripción de la contingencia"

FUNDAMENTOS Y DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Motivo de la presentación: Rechazo de la Contingencia AT/EP

Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: NO

Fecha 1era Manifestación: 15/03/2024

Descripción de la contingencia: Trabajador de una empresa dedicada a la fabricación de productos textiles, en tareas como auxiliar administrativo, refiere exposición a monitores de pc sometido a radiación ultravioleta y luz azul, con más de 20 años de antigüedad, denuncia Enfermedad Profesional: Queratoconjuntivitis. Es Asistido por su Aseguradora.

Estudios y Tratamientos Recibidos: Es asistido por su A.R.T., recibe asistencia médica, en evolución de fecha 22/04/2024 se lee: manifiesta es por los monitores y los productos químicos le produjo el diagnóstico. Horario y días de trabajo 08 a 18 hs Antigüedad en la tarea: desde 1999 Trabaja actualmente : desvinculado hace 30 días Denuncias previas de EP o AT/secuelas de otros siniestros: 2014 accidente, hernia disco con cirugía + prótesis Antecedentes personales: Síntomas actuales y/o patología denunciada : sin tratamiento de especialista queratoconjuntivitis , exposición a monitores de pc sometido a radiación ultravioleta, luz azul, a agentes físicos como polvos y tierra , a productos químicos como colorantes y solventes , irritantes y sensibilizantes y a alergénicos , entre ellos ácaros, se le comunica que con fecha 22/4/24 finalizar atención -con derivación a su obra social. Obra en el expediente: Informe Médico Pericial de fecha 27/11/2024 Dr. Maccagno Guillermo Médico Legista MN 88.782 Se realiza trámite de rechazo de la contingencia de fecha 24/04/2024 fundamentado en la ausencia de exposición al agente de riesgo. Dictamen Jurídico de fecha 12/12/2024.

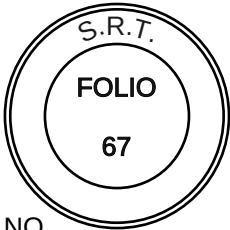
Lucia Ana Lacheski

Matr. Nac. 94972

010 - CAPITAL FEDERAL

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 486279/24



Sector de Trabajo: ver "Descripción de la contingencia"
Fecha Alta Médica:
Agente de Riesgo: OTROS ELEMENTOS EN EL INTERIOR DEL MEDIOAMBIENTE DE TRABAJO NO ONCLUIDOS BAJO ESTE EPIGRAFE

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: 10G-L-01201/14, Motivo: Rechazo de la Denuncia , CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: 07/04/2014, Fecha del Dictamen: , Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: Caducidad y Archivo , Fecha del Estado Actual:

No presenta preexistencias.

EXAMEN FÍSICO

Miembro Habi. Superior:

Observaciones: La Documentación obrante en el Expediente resulta suficiente para emitir Dictamen. Res. SRT 20/2021.

ESTUDIOS Y/O DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

SE COMUNICA A LAS PARTES INTERVINIENTES QUE TODA LA PRUEBA INCORPORADA AL EXPEDIENTE HA SIDO EVALUADA PREVIO A LA EMISION DEL PRESENTE DICTAMEN. SE CONSIGNA A CONTINUACIÓN EL EXTRACTO DE LOS ELEMENTOS PROBATORIOS QUE ESTA COMISION MÉDICA ENTIENDE ESENCIALES Y DECISIVOS PARA LA CORRECTA PROSECUCION DE LAS ACTUACIONES, CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE Lo obrante en Expediente 486279/24 carátula por RECHAZO DE LA CONTINGENCIA LEY 27348. Formulario de inicio. Carta Documento de Rechazo de fecha 24/04/2024 fundamentado en la ausencia de exposición al agente de riesgo. DNI del Damnificado. Carta Poder y Matrícula del Asesor Letrado. Denuncia de la Contingencia de fecha 15/03/2024. Es asistido por su A.R.T., recibe asistencia médica, en evolución de fecha 22/04/2024 se lee: manifiesta es por los monitores y los productos químicos le produjo el diagnóstico. Horario y días de trabajo 08 a 18 hs Antigüedad en la tarea: desde 1999 Trabaja actualmente desvinculado hace 30 días. Denuncias previas de EP o AT/secuelas de otros siniestros: 2014 accidente, hernia disco con cirugía + prótesis. Antecedentes personales: Síntomas actuales y/o patología denunciada: sin tratamiento de especialista queratoconjuntivitis, exposición a monitores de PC sometido a radiación ultravioleta, luz azul, a agentes físicos como polvos y tierra, a productos químicos como colorantes y solventes, irritantes y sensibilizantes y a alérgicos, entre ellos ácaros, se le comunica que con fecha 22/4/24 finalizar atención -con derivación a su obra social. Obra en el expediente: Informe Médico Pericial de fecha 27/11/2024 Dr. Maccagno Guillermo Médico Legista MN 88.782. Dictamen Jurídico de fecha 12/12/2024. Informe Técnico Médico de fecha 20/12/2024.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: H108 - Otras conjuntivitis - Queratoconjuntivitis.

CONCLUSIONES

Contingencia definida al momento de dictaminar: Enfermedad Inculpable

CONCLUSIÓN: ...Se inician las presentes actuaciones a solicitud de 20314994303 - ALLENDE RAMON ROBERTO - DOCUMENTO UNICO: 31499430 por el MOTIVO: Rechazo de la Contingencia AT/EP ...Visto y considerando qué para atribuir el carácter profesional a una enfermedad, conforme lo establecido en el Decreto 658/96, debe existir la concurrencia obligatoria de un AGENTE en el ambiente de trabajo que por sus propiedades

Lucia Ana Lacheski
Matr. Nac. 94972
010 - CAPITAL FEDERAL
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Expediente: 486279/24



pueda producir un daño a la salud, la demostración de que la EXPOSICION entre el/la trabajador/a afectado/a y el agente o condiciones de trabajo nocivas hayan provocado una ENFERMEDAD. Se procedió, en los términos y el ordenamiento impuesto por la norma mencionada, a valorar la prueba incorporada respecto a las condiciones de exposición al agente de riesgo. Del análisis de la documentación obrante en el expediente, esta Comisión Médica concluye y dictamina que NO ha quedado demostrado que la actividad laboral realizada genere exposición al Agente de Riesgo vinculado con el/los diagnóstico/s de la/s patología/s objeto del reclamo en las presentes actuaciones, motivo por el cual la contingencia denunciada se considera NO Laboral (Queratoconjuntivitis). Por lo expuesto, el rechazo de la contingencia resulta procedente, sugiriéndose canalizar la atención médica a través de la obra social y/u hospital público y/o profesional de su elección.

Dictamina En Mano: NO

Aclaración:

Se informa que el recurso de apelación sólo podrá ser interpuesto ante los actos administrativos emitidos por el Titular del Servicio de Homologación, que concluyan el presente procedimiento; de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.
El presente es suscripto y se aprueba en cumplimiento con la Ley N° 27.348 y en conformidad con el procedimiento normado por la Resolución S.R.T. N° 298/17 y en marco de las competencias asignadas por el Decreto N° 717/96 -modificado por el Decreto N° 1.475/15 -.

FIRMAS Y ACLARACIONES

Lucia Ana Lacheski
Matr. Nac. 94972
010 - CAPITAL FEDERAL
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Expediente: 486279/24

SOLICITUD DE GIRO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 06/01/2025

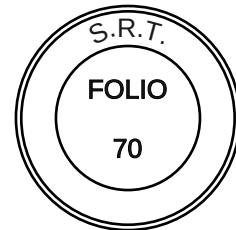
Ref.: Expediente SRT N° 486279/24

Se giran las presentes actuaciones para la prosecución del trámite.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Ortiz, Mariano
Subgerencia Médica



*Ministerio de Capital Humano
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

06/01/2025

EXPEDIENTE NRO.: 486279/24

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, 6 de Enero del 2025

Expediente S.R.T. N° 486279/24

Comisión Médica N° 010 - CAPITAL FEDERAL –CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Servicio de Homologación.

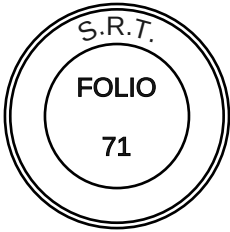
1.Antecedentes:

Se inician las presentes actuaciones ante esta Comisión Médica por Rechazo de la Contingencia Ley 27348 respecto de la Enfermedad Profesional denunciada por el Sr./ la Sra, ALLENDE RAMON ROBERTO (C.U.I.L. N° 20314994303), con fecha de primera manifestación invalidante el día 15/03/2024, siendo su empleador BIGUEST S.A. (CUIT N° 30711878633) , afiliado a PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. al momento de la contingencia.

Cabe señalar que oportunamente se dio cumplimiento a los requisitos previstos en los artículos 1 y 2 de la Resolución S.R.T N° 298/17 y que de acuerdo al artículo 5° de la Resolución S.R.T. N° 298/2017, la parte damnificada hizo uso de la opción de competencia prevista en el artículo 1° de la Ley N° 27.348.

Asimismo, se encuentra cumplido el requisito de asistencia letrada obligatoria a la parte damnificada conforme lo establece el artículo 1° de la L.C.R.T.

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



El Área de Secretarios Técnicos Letrados emitió Dictamen Jurídico en fecha 12/12/2024.

Toda vez que el objeto de las presentes actuaciones refiere a un siniestro denunciado como Enfermedad Profesional, se dio intervención a la Comisión Médica Jurisdiccional a fin que emita el correspondiente dictamen.

En tal sentido según lo dispuesto en la Resolución SRT N°20/21, se emitió el Informe Técnico Médico.

La Comisión Médica N° 010 - CAPITAL FEDERAL - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, determinó en el Dictamen médico del día 6 de Enero del 2025 que: [...] *“Se procedió, en los términos y el ordenamiento impuesto por la norma mencionada, a valorar la prueba incorporada respecto a las condiciones de exposición al agente de riesgo. Del análisis de la documentación obrante en el expediente, esta Comisión Médica concluye y dictamina que NO ha quedado demostrado que la actividad laboral realizada genere exposición al Agente de Riesgo vinculado con el/los diagnóstico/s de la/s patología/s objeto del reclamo en las presentes actuaciones, motivo por el cual la contingencia denunciada se considera NO Laboral (Queratoconjuntivitis). Por lo expuesto, el rechazo de la contingencia resulta procedente, sugiriéndose canalizar la atención médica a través de la obra social y/u hospital público y/o profesional de su elección.”* [...]

2. Procedimiento ante el Servicio de Homologación. Acto Administrativo.

Conforme surge de las constancias obrantes en el expediente, la parte damnificada ejerció la opción contemplada en el artículo 1° de la Ley N° 27.348, para lo cual acompañó la documentación requerida en el artículo 5° de la Resolución S.R.T. N° 298/17.

En virtud de las consideraciones expuestas, esta instancia entiende que el procedimiento fue llevado a cabo de conformidad con la normativa vigente, por lo que corresponde elevar las actuaciones al Titular del Servicio de Homologación de la Comisión Médica N° 010 de CAPITAL FEDERAL - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, a fin de que dicte la pertinente disposición de clausura.

El Titular del Servicio de Homologación se encuentra facultado para dictar el pertinente acto administrativo, en virtud de lo establecido por los artículos 13 y 30 de la Resolución SRT N° 298/17,

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



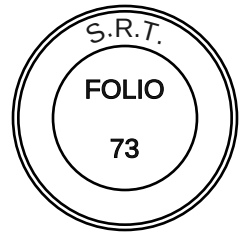
Resolución N° 299 de fecha 24 de febrero de 2017, N° 899 de fecha 10 de noviembre de 2017, Resolución de la SRT N° 153 del 23 de enero de 2024 y Resolución de la SRT N° 1512 del 18 de julio de 2024.

Emitida la opinión, elévense las actuaciones al Titular del Servicio de Homologación, para la prosecución del trámite.

Iommi, Pablo Jose
Dpto. de Servicio de Homologación
Gerencia de Administración de Comisiones Médicas

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

El presente documento se encuentra firmado y resguardado electrónicamente desde el Sistema de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Disposicion alcance particular

Número: DIAPA-2025-420-APN-SHC10#SRT

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 6 de Enero de 2025

Referencia: Expediente N° 486279/24

VISTO el Expediente N° 486279/24 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes Nros. 24.557, 26.773 y 27.348, las Resoluciones S.R.T. Nros. 298 de fecha 23 de febrero de 2017, 299 de fecha 24 de febrero de 2017, 899 de fecha 10 de noviembre de 2017, 40 de fecha 29 de abril de 2020, 20 de fecha 14 de abril de 2021, 1.020 del 14 de junio de 2021, Resolución de la SRT N° 153 del 23 de enero de 2024, Resolución de la SRT N° 1512 del 18 de julio de 2024 y

CONSIDERANDO:

Que en fecha 8 de Octubre del 2024 se requirió la intervención de esta Comisión Medica N° 010 de la Ciudad Autónoma de BUENOS AIRES, con motivo del Rechazo de la Contingencia Ley 27.348, respecto de la enfermedad denunciada por el/la trabajador/a Sr./a ALLENDE RAMON ROBERTO (C.U.I.L. N° 20314994303), con fecha de Primera Manifestación Invalidante el día 15 de Marzo del 2024, relacionada con las tareas prestadas para el empleador BIGUEST S.A. (C.U.I.T. N° 30711878633), afiliado a PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. al momento de la contingencia.

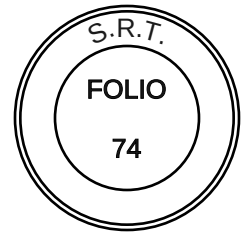
Que cabe destacar que la Comisión Medica N° 010 de la Ciudad Autónoma de BUENOS AIRES, el día 6 de Enero del 2025 ha emitido el correspondiente dictamen médico, el cual determinó que la patología denunciada por **el/la trabajador/a NO ES** una enfermedad profesional.

Que, por lo expuesto, habiéndose expedido las áreas con competencia especifica en la materia, corresponde emitir el acto administrativo pertinente

Que el área competente emitió la correspondiente opinión de legalidad.

Que la presente se dicta en virtud de las facultades conferidas por las Resoluciones S.R.T. Nros. 298 de fecha 23 de febrero de 2017, 299 de fecha 24 de febrero de 2017, 899 de fecha 10 de noviembre de 2017, 1.020 del 14 de junio de 2021, Resolución de la SRT N° 153 del 23 de enero de 2024 y la Resolución de la SRT N° 1512 del 18 de julio de 2024.

Por ello,



EL TITULAR DEL SERVICIO DE HOMOLOGACIÓN
DE LA COMISION MEDICA N° 010
DISPONE:

ARTICULO 1°.- Apruébese el procedimiento llevado a cabo en el Expediente S.R.T. N° 486279/24, por encontrarse de conformidad con la normativa vigente y dense por concluidas las actuaciones ante este Servicio de Homologación.

ARTICULO 2°.- Determinése el carácter **NO PROFESIONAL** de la enfermedad denunciada por el/la Sr/a. ALLENDE RAMON ROBERTO (C.U.I.L. N° 20314994303) con fecha de Primera Manifestación Invalidante el día 15 de Marzo del 2024, relacionada con las tareas prestadas para el empleador BIGUEST S.A. (C.U.I.T. N° 30711878633) afiliado a PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. al momento de la contingencia

ARTICULO 3°.- Hágase saber que la presente disposición podrá ser recurrida en el plazo de QUINCE (15) días ante Comisión Médica Central, teniendo el trabajador o sus derechohabientes la opción de interponer recurso contra lo dispuesto ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, de conformidad con lo establecido en el artículo 2° de la Ley N° 27.348.

ARTICULO 4°.- Regístrese, notifíquese y archívese.

Digitally signed by ALARCON Clara Romina
Date: 2025.01.06 14:02:47 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Clara Romina Alarcon
Titular Suplente
Servicio de Homologación C.M. 10
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Envío de Disposición de Clausura a la ART/EA	06/01/2025
Empleador CUIT: 30711878633	V.E. - Res. S.R.T. N° 365/2009	Envío de Disposición de Clausura al Empleador por Ventanilla Elec.	06/01/2025
Trabajador CUIT Letrado: 23272942579	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Envío de Disposición de Clausura al Patrocinante	06/01/2025

Total Consulta: 3

Superintendencia de Riesgos del Trabajo