

Aseguradora: Prevencion Art

N° Sinistro A.R.T.: 2974271

N° Sinistro: 506129

Código SRT:

Del: 26/02/2026

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombres: MALANCA, FABIO ERNESTO (00347316)

C.U.I.L.: 23-17393042-9

Documento: 17393042

Fecha de Nacimiento: 24/07/1965

Sexo Biológico: Masculino

Calle: Prudencio Bustos Nro: 1148

Localidad: Alta Gracia

Provincia: Córdoba

C.P.: 5186

Tel. Fijo: 03547-15636559

Tel. Móvil: 03547-425169

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa: CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS Y

C.U.I.T.: 30-54660038-5

Calle: AV BERNARDINO RIVADAVIA Nro: 1918

Tel:

Localidad: Capital Federal

Provincia: Capital Federal

C.P.: 1033

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: CENTRO MEDICO LABORAL CORDOBA

C.U.I.T.: 30-68436191-7

Calle: Av. General Paz Nro: 331

Localidad: Córdoba

Provincia: Córdoba

C.P.: 5010

Tel: 0351 4254357

Fax:

Email:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo: Accidente en Itinerario: Enfermedad Profesional: Intercurrencia:

Fecha de accidente / Primera manifestación invalidante: 26/02/2026

Hora: 17:50

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 26/02/2026

Hora: 17:50

Fecha de primera atención médica: 05/03/2026

Hora: 09:43

Diagnóstico: S82.4 - FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE.

Descripción del motivo de consulta: fractura de tobillo izqse otorga el alta

Indicaciones / Tratamiento: fractura de tobillo izqse otorga el alta

CONSTANCIA ALTA MÉDICA Tratamiento médico asistencial pendiente: Si No Odontología Dermatología Psicoterapia

Fecha de Próxima Revisión: Hora:

Recalificación profesional: Si No

Fecha de retorno al trabajo: 17/06/2026

Fin de tratamiento: 16/06/2026 Hora: 12:13

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica Rechazo Muerte Fin de tratamiento Por derivación Tipo de derivación: _____Afección inculpable Si No Secuelas incapacitantes: Si No Prestaciones de mantenimiento: Si No El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si No El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21. Si No El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21. Si No CONSTANCIA FIN DE TRATAMIENTO

Fin de tratamiento:

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

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

Córdoba 16/06/2026

Lugar y Fecha

MALANCA FABIO ERNESTO

Doc. 17393042


BERNASCONI PABLO
Esp. TRAUMATOLOGIA(30344)