

## ANEXO IV – PRESTACIONES

### Datos del trabajador

Nombre y apellido

CUIL

### Datos del Empleador

Nombre/Razón Social

CUIT

Establecimiento del lugar de efectiva prestación de servicios o donde habitualmente reporta

Localidad

Provincia

### DATOS DE LA ART, EMPLEADOR AUTOASEGURADO O EMPLEADOR NO ASEGURADO

Denominación/Razón Social

CUIT (En caso de empleadores)

### Datos de la contingencia

Fecha de denuncia:

Fecha de baja laboral (en caso de corresponder):

Fecha de ocurrencia o diagnóstico:

Fecha de Alta Médica/Cese de ILT:

Motivo de solicitud:

Alta

Reingreso

Prestaciones

Detallá el accidente de trabajo o enfermedad profesional:

Detallá la o las afecciones o diagnósticos por los que requiere prestaciones:

## Atención Médica

1. ¿Recibiste atención de la ART?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿La aseguradora te dio el alta médica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Recibiste atención médica de la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Realizaste algún estudio médico en la Obra Social, Prepaga o Salud Pública?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Detallá la prueba médica ofrecida tendiente a respaldar la pretensión, en caso de corresponder:

Las partes deberán ofrecer, en su primera presentación, toda la prueba de la que intenten valerse acompañando en esa oportunidad la documental pertinente. Cuando la parte trabajadora invocare haber recibido tratamiento médico a través de su Obra Social o de prestadores públicos o particulares, deberá acompañar la historia clínica correspondiente. (art. 7º Res. SRT N° 298/17; punto 19 del Anexo I de la Resolución SRT 179/15; art. 14, Ley N° 26.529 )\*

## Opción de competencia

Solicito la intervención de la Comisión Médica	Nº	Jurisdicción
	<input type="checkbox"/>	Domicilio
Fundamento (Acompañar DNI, Certificado Res. SRT N° 698/17 o DDJJ Res. SRT N° 11/18, según corresponda)	<input type="checkbox"/>	Domicilio de efectiva prestación de servicios
	<input type="checkbox"/>	Domicilio donde habitualmente reporta

La persona firmante declara que la información consignada es verídica y completa.

Firma Trabajador	Aclaración

Fecha:

**Aclaración:** En caso de que los espacios no resulten suficientes, incorpore una hoja aparte debidamente firmada con la información adicional.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

**Hoja Adicional de Firmas  
Anexo**

**Número:** IF-2026-09572607-APN-SRT#MCH

CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Martes 27 de Enero de 2026

**Referencia:** ANEXO IV - Expediente EX-2025-140614308-APN-SCL#SRT

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
Date: 2026.01.27 14:10:11 -03:00

E/E Fernando Gabriel Perez  
Gerente General  
Gerencia General  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo