



MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Resolución 525/2015

Bs. As., 24/2/2015

VISTO, el Expediente N° 180.734/14 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), la Ley N° 24.557, el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996, las Resoluciones S.R.T. N° 70 de fecha 1 de octubre de 1997, N° 310 de fecha 10 de septiembre de 2002, N° 502 de fecha 12 de diciembre de 2002, N° 840 de fecha 22 de abril de 2005, N° 1.601 de fecha 12 de octubre de 2007, N° 1.604 de fecha 16 de octubre de 2007, N° 1.389 de fecha 16 de septiembre de 2010, N° 1.838 de fecha 1 de agosto de 2014, N° 3.326 y N° 3.327 ambas de fecha 09 de diciembre de 2014, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 31 apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557 establece la obligación de los empleadores de denunciar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.

Que, asimismo, del aludido artículo 31, apartado 1, surge el deber de las A.R.T. de registrar, archivar e informar lo relativo a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Que el artículo 30 de la Ley N° 24.557, extiende dichos deberes a los Empleadores Autoasegurados (E.A.).

Que la información requerida en las citadas denuncias es un elemento sustantivo para programar las acciones preventivas y de control que la Ley de Riesgos del Trabajo le asigna a esta S.R.T.

Que, por su parte, el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996 ha establecido los mecanismos a los que deben ajustarse las mentadas denuncias, facultando a esta S.R.T. a establecer los requisitos mínimos.

Que mediante las Resoluciones S.R.T. N° 840 de fecha 22 de abril de 2005 —modificada por la Resolución S.R.T. N° 1.601 de fecha 12 de octubre de 2007— y N° 1.604 de fecha 16 de octubre de 2007, se establecieron los Procedimientos Administrativos para la Denuncia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y los respectivos modelos de los formularios a utilizar a fin de documentar los procesos involucrados en tal procedimiento; además se crearon los “Registros de Enfermedades Profesionales” y de Accidentes de Trabajo respectivamente.

Que posteriormente por Resolución S.R.T. N° 3.326 de fecha 09 de diciembre de 2014 se estableció el “Registro Nacional de Accidentes Laborales” (R.E.N.A.L.), el cual absorbe los datos del “Registro de



Accidentes de Trabajo” normado por la mencionada Resolución S.R.T. N° 1.604/07 y, se derogó esta última norma. Asimismo, mediante Resolución S.R.T. N° 3.327 de fecha 09 de diciembre de 2014 se efectuaron modificaciones al diseño de datos del “Registro de Enfermedades Profesionales” y se derogó la Resolución S.R.T. N° 1.601/07.

Que en función de las modificaciones de la mencionada normativa, y en base a la experiencia acumulada corresponde actualizar el Procedimiento Administrativo para las Denuncias, tanto de Accidentes de Trabajo como de Enfermedades Profesionales, incorporando asimismo la notificación a realizar en caso de detectarse patologías preexistentes no relacionadas con la respectiva contingencia.

Que, a su vez, a fin de evitar la dispersión normativa y lograr su adecuada comprensión, se estima pertinente unificar los citados procedimientos administrativos establecidos oportunamente en las Resoluciones S.R.T. N° 840/05 y N° 1.604/07.

Que en virtud de lo expuesto en los considerandos precedentes, corresponde derogar los artículos 2°, 3°, 4°, 7° y los Anexos I, II y III de la Resolución S.R.T. N° 840/05; y la Resolución S.R.T. N° 1.389 del 16 de septiembre de 2010.

Que la Gerencia de Asuntos Legales se ha expedido en orden a su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 36 y 38 de la Ley N° 24.557 y por el artículo 35 del Decreto N° 717/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE
DE RIESGOS DEL TRABAJO
RESUELVE:

ARTICULO 1° — Apruébase el “Procedimiento Administrativo para la Denuncia de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales” que se registrará por las disposiciones previstas en el Anexo I que forma parte de la presente resolución.

ARTICULO 2° — Apruébase el Anexo II, que forma parte integrante de esta resolución, mediante el cual se establecen los datos mínimos que deben contener los formularios o los instrumentos que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y Empleadores Autoasegurados (E.A.) implementen en su reemplazo, a utilizar en el procedimiento estipulado en el artículo precedente.

ARTICULO 3° — Deróganse los artículos 2°, 3°, 4°, 7° y los Anexos I, II y III de la Resolución S.R.T. N° 840 de fecha 22 de abril de 2005; y la Resolución S.R.T. N° 1.389 del 16 de septiembre de 2010 y toda otra disposición que se oponga a lo dispuesto en la presente resolución.

ARTICULO 4° — La presente norma entrará en vigencia a partir del día 2 de marzo de 2015.

ARTICULO 5° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y



archívese. — Dr. JUAN H. GONZALEZ GAVIOLA, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

ANEXO I

“PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA DENUNCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES”

1. Instrucciones e información:

1.1. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) elaborará y entregará material informativo a los empleadores sobre los pasos a ejecutar en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, conforme establecen las Resoluciones de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 70 de fecha 1 de octubre de 1997 (Artículos 1° y 3°), N° 310 de fecha 10 de septiembre de 2002 y N° 502 de fecha 12 de diciembre de 2002.

1.2. El material informativo será entregado al empleador en el momento de la afiliación/renovación o durante la primera visita que se le efectúe —adjunto a la entrega de los instrumentos para formalizar la denuncia—, en un formato tal que asegure su comprensión y facilite su comunicación.

1.3. El material informativo para la adecuada atención de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional deberá ser actualizado cuando se produzca alguna modificación a los fines del procedimiento de denuncia de tales contingencias y/u otorgamiento de las prestaciones prevista por el artículo 20 de la Ley 24.557.

1.4. Los empleadores deberán poner en conocimiento de los trabajadores las instrucciones pertinentes recibidas de la A.R.T. acerca del procedimiento a seguir en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, dejando constancia escrita con la firma de cada trabajador.

2. Obligación de los trabajadores

Los trabajadores están obligados, siempre y cuando su condición médica lo permita, a informar en forma inmediata al empleador todos los accidentes que le ocurran por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre su domicilio y el lugar de trabajo, por sí mismos o a través de un tercero, como así también sobre aquellas enfermedades que contrajeran a causa de la tarea realizada o al medio ambiente de trabajo.

3. Atención del trabajador:

3.1. Cuando el trabajador reportara al empleador un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, este último deberá solicitar en forma inmediata las prestaciones en especie para aquél, de acuerdo con las instrucciones que recibiera oportunamente de parte de la A.R.T. Dicha atención también podrá ser gestionada directamente ante la A.R.T. o un prestador por ella habilitado, por el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento de la contingencia.

3.2. El trabajador accidentado o que hubiera contraído una enfermedad profesional recibirá del prestador médico, en forma inmediata las prestaciones en especie definidas por la normativa vigente. El empleador, a fin de facilitar la atención del trabajador, proporcionará al Prestador, Nombre y Apellido del trabajador, N° de C.U.I.L., Razón Social del Empleador, N° de C.U.I.T. y Aseguradora, motivo o lesión por la que se solicita la atención, agente causante de la lesión y tarea que desarrolla el trabajador, a través del instrumento que esta última tenga implementado. La demora en la entrega de dicha información no será admitida como motivo para justificar la falta de asistencia médica. El prestador dejará constancia escrita en la Historia Clínica de la fecha y hora de la primera atención.

3.3. El trabajador recibirá del prestador asistencial en la primera vez que sea atendido, una Constancia de Parte Médico de Ingreso, según el Modelo A que se consigna en el Anexo II de la presente resolución, en la que quedará documentado como mínimo el motivo de la consulta, sus datos personales, los datos del empleador, los datos del prestador y la descripción del motivo de la consulta, si el tratamiento se otorgará con o sin baja laboral y, de otorgarse tratamiento sin baja laboral se especificará la fecha de retorno al trabajo. A su vez, deberá ser debidamente firmada y sellada por el profesional interviniente.



Si la contingencia fuese sin días de baja laboral, la Constancia de Parte Médico de Ingreso, se entregará conjuntamente con el Formulario “Constancia de Alta Médica” incluido en el Anexo de la Resolución S.R.T. N° 1.838 de fecha 1 de agosto de 2014 y determinará la finalización de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.).

Si la contingencia fuese con baja laboral, una vez que el trabajador damnificado se encuentra en condiciones de Alta Médica, la emisión del formulario “Constancia de Alta Médica” antes mencionado constituirá notificación del cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.), estándose a lo dispuesto en la Resolución S.R.T. N° 1.838/14.

La A.R.T. podrá instrumentar constancias de asistencia médica para las consultas posteriores, en cuyo caso deberá observar que estas contengan los elementos necesarios para identificar adecuadamente al trabajador, el siniestro, el motivo de la consulta, el tipo de contingencia, el empleador, el prestador y la fecha de asistencia.

4. Denuncia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional:

4.1. El empleador está obligado a denunciar ante la A.R.T., de forma directa e inmediatamente de conocida, toda contingencia que sufran sus dependientes o bien a complementar la información ya brindada por el damnificado si éste realizó la denuncia ante la A.R.T. o prestador médico.

La información a aportar por parte del empleador en relación a la contingencia sufrida por el trabajador damnificado, independientemente de su categorización de “con baja” o “sin baja” laboral, deberá ser proporcionada dentro del plazo máximo de CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la misma, volcando los datos de la contingencia en el Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o de Enfermedad Profesional —según corresponda—, el cual deberá ajustarse al Modelo C estipulado en el Anexo II de la presente resolución.

El original del mencionado documento será para la A.R.T. y una copia será para el empleador. En caso que el empleador no cumpliera con esta obligación, la A.R.T. deberá denunciar el hecho ante la S.R.T., no pudiendo la omisión del empleador ser causal de rechazo del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

4.2. En relación a los códigos correspondientes a formas del accidente de trabajo, zona del cuerpo afectada, código de descripción de la lesión y agente material asociado serán de aplicación las Tablas especificadas en la normativa relativa al intercambio de información para el Registro Nacional de Accidentes Laborales (R.E.N.A.L.) y para el Registro de Enfermedades Profesionales.

4.3. Si la A.R.T. tuviera implementado un sistema de intercambio digital de información podrá autorizar al empleador a realizar la denuncia por esa vía, debiendo la A.R.T. tomar los recaudos necesarios a fin de garantizar la inalterabilidad de los datos denunciados.

4.4. El empleador deberá entregar al trabajador una copia de la denuncia presentada con motivo de las dolencias que sufriera, debiendo proporcionársela sin anteponer condición de ninguna naturaleza.

4.5. En caso de accidente de trabajo, si la A.R.T. se notificase por medio del trabajador o por un tercero, deberá efectuar la denuncia correspondiente a la S.R.T., solicitando la información complementaria al empleador. Se preservará siempre y en todos los casos, la debida confidencialidad de los datos.

4.6. Si la A.R.T. detectase la enfermedad profesional en ocasión de realizar exámenes médicos periódicos, debe efectuar la denuncia correspondiente a la S.R.T., solicitando la información complementaria al empleador. La A.R.T. notificará al empleador y al trabajador de forma fehaciente la registración de la enfermedad profesional. Para el caso de que la A.R.T. fuera notificada de una enfermedad profesional por parte del trabajador o de un tercero, deberá poner en conocimiento dicha circunstancia al empleador en el término de DIEZ (10) días hábiles de recibida la notificación. Si esta notificación proviniese exclusivamente de un tercero, la A.R.T. notificará de igual forma al trabajador. Se preservará siempre y en todos los casos la debida confidencialidad de los datos.

5. Notificaciones:





5.1. Si la A.R.T. dispusiera el rechazo del carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad, deberá notificar dicha circunstancia por medio fehaciente al trabajador y al empleador, informando los conceptos mencionados en el Formulario de Notificación de Rechazo, según Modelo B obrante en el Anexo II de la presente resolución.

5.2. Si con motivo de las prestaciones que se otorguen a un trabajador damnificado, se detectara —en cualquier etapa del tratamiento—, una patología de naturaleza inculpable y/o preexistente, no relacionada con la contingencia oportunamente denunciada y aceptada, la A.R.T. deberá comunicar dicho hallazgo por medio fehaciente al trabajador y al empleador, utilizando el Modelo D obrante en el Anexo II de la presente resolución.

5.3. La A.R.T. notificará a la S.R.T. los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales dentro del plazo y medios establecidos en la normativa relativa al intercambio de información para el Registro Nacional de Accidentes Laborales (R.E.N.A.L.) y para el Registro de Enfermedades Profesionales.

5.4. La A.R.T. deberá remitir al Servicio de Medicina del Trabajo del empleador cualquier tipo de información periódica sobre el estado de salud del trabajador y toda información adicional que ese Servicio le solicite.

5.5. El empleador podrá ser informado sobre los alcances del punto anterior por medios escritos o acceder a la información no médica, por vía electrónica a través de accesos web.

6. Empleadores Autoasegurados:

Los Empleadores Autoasegurados deberán cumplir con este procedimiento desempeñando el rol de empleador y aseguradora, según corresponda.

ANEXO II

MODELOS DE LOS FORMULARIOS RELACIONADOS CON DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Modelo A: Constancia de Parte Médico de Ingreso

Es el documento que da cuenta de la evaluación realizada por el profesional médico del estado de salud del trabajador al momento de realizar la PRIMERA consulta ante el prestador asistencial. Este formulario deberá contener como mínimo los datos que se listan a continuación.

1. A.R.T./Empleador Autoasegurado.
2. Lugar y fecha de la asistencia médica.
3. N° de Sinistro (si se cuenta con el dato).
4. Datos del Trabajador: Apellido y Nombre, C.U.I.L., Tipo y Nro. de documento, Fecha de nacimiento, Sexo, domicilio, teléfono fijo y teléfono celular.
5. Datos del Empleador: Apellido y Nombre o Razón Social de la empresa y C.U.I.T.
6. Domicilio del establecimiento donde ocurrió el accidente.
7. Datos del Prestador: Nombre del Establecimiento Asistencial, domicilio completo, teléfonos incluyendo fax y dirección de correo electrónico.
8. Descripción del Motivo de Consulta.
 - 8.1. Tipo de contingencia: (accidente por el hecho o en ocasión del trabajo, accidente in itinere, enfermedad profesional, intercurrencia).
 - 8.2. Fecha y hora del accidente/Primera Manifestación Invalidante (P.M.I.).
 - 8.3. Fecha y hora de inicio de la Primera Inasistencia Laboral (de corresponder).
 - 8.4. Diagnóstico.
 - 8.5. Indicaciones, tratamiento.
 - 8.6. Fecha de la próxima revisión (de corresponder).
 - 8.7. Corresponde baja laboral: si/no.
 - 8.8. Fecha probable de alta (en caso de ser posible).



8.9. Firma y aclaración del Trabajador.

8.10. Firma y Sello del Médico con N° de Matrícula.

Modelo B: Notificación de Rechazo del Accidente de Trabajo o de la Enfermedad Profesional.

Es el instrumento a través del cual la A.R.T. o el E.A., comunica el rechazo del carácter laboral del accidente o de la enfermedad profesional. Este formulario deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Lugar y fecha de emisión del documento de notificación.
2. N° de siniestro.
3. Fecha del accidente de trabajo/Primera Manifestación Invalidante (P.M.I.).
4. Fecha de notificación de la denuncia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.
5. Datos del Trabajador: Apellido y Nombre, C.U.I.L., Tipo y Nro. de documento y domicilio.
6. Fundamentación del rechazo (conforme la Ley N° 24.557 y normativa vigente de la S.R.T.) El instrumento debe contener al pie una leyenda que exprese el siguiente mensaje "Señor Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión Ud. puede concurrir a la Comisión Médica, sita en... (debiéndose consignar a continuación la dirección, horario y teléfonos de la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción del domicilio donde reside el trabajador)..., dentro del plazo de DOS (2) años previsto por el artículo 44 de la Ley N° 24.557.

Modelo C: Denuncia de la contingencia por parte del Empleador a la ART.

I. Para Accidente de trabajo.

Es el instrumento que recibe la A.R.T. o el E.A. y en el que se asientan los datos del accidente de trabajo. Deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Empleador.
 - 1.1. Nombre de la empresa (Razón social).
 - 1.2. C.U.I.T.
 - 1.3. A.R.T.
 - 1.4. N° Contrato.
 - 1.5. Empresa subcontratada: Si/No.
 - 1.6. C.U.I.T. de ocurrencia.
 - 1.7. Domicilio del establecimiento/sede o lugar donde se produjo la contingencia.
 - 1.8. Código postal correspondiente al domicilio del establecimiento/sede o lugar donde se produjo la contingencia.
 - 1.9. Provincia donde se detectó la contingencia.
2. Datos del trabajador.
 - 2.1. Nombre y apellido.
 - 2.2. C.U.I.L. (o Tipo y N° de Documento en caso de que no tuviera C.U.I.L. - S/Tabla).
 - 2.3. Sexo.
 - 2.4. Domicilio.
 - 2.5. Teléfono.
 - 2.6. Fecha de nacimiento.
 - 2.7. Fecha de ingreso.
 - 2.8. Puesto de trabajo al momento de ocurrencia del accidente (C.I.U.O.).
 - 2.9. Antigüedad en el puesto en donde se accidentó.
3. Datos del accidente de trabajo.
 - 3.1. Fecha del accidente.
 - 3.2. Hora del accidente.
 - 3.3. Tipo de Accidente (por el hecho o en ocasión del trabajo/ accidente in itinere/intercurrencia).
 - 3.4. Fecha de inicio de la inasistencia laboral.





- 3.5. Forma del accidente (S/Tabla R.E.N.A.L.).
- 3.6. Agente material asociado (S/Tabla R.E.N.A.L.).
- 3.7. Descripción de la lesión (S/Tabla R.E.N.A.L.).
- 3.8. Zona del cuerpo (S/Tabla R.E.N.A.L.).
4. Breve descripción del hecho.
5. Fecha de elaboración del formulario.
6. Firma y aclaración del denunciante.

II. Para Enfermedad Profesional

Es el instrumento que recibe la A.R.T o el E.A. y en el que se asientan los datos de la enfermedad profesional. Deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Empleador.
 - 1.1. Nombre de la empresa (Razón social).
 - 1.2. C.U.I.T.
 - 1.3. A.R.T.
 - 1.4. N° Contrato.
 - 1.5. Empresa subcontratada: Si/No.
 - 1.6. C.U.I.T. de ocurrencia.
 - 1.7. Domicilio del establecimiento o sede donde se detectó la contingencia.
 - 1.8. Código postal correspondiente al domicilio del establecimiento o sede donde se detectó la contingencia.
 - 1.9. Provincia donde se detectó la contingencia.
2. Datos del trabajador.
 - 2.1. Nombre y apellido.
 - 2.2. C.U.I.L. (o Tipo y N° de Documento en caso de que no tuviera C.U.I.L. - S/Tabla).
 - 2.3. Sexo.
 - 2.4. Domicilio.
 - 2.5. Teléfono.
 - 2.6. Fecha de nacimiento.
 - 2.7. Fecha de ingreso.
 - 2.8. Puesto de trabajo al momento del diagnóstico de la enfermedad profesional (C.I.U.O.).
 - 2.9. Antigüedad en el puesto.
 - 2.10. Fecha de último examen periódico.
3. Datos de la enfermedad denunciada.
 - 3.1. Descripción de la enfermedad denunciada.
 - 3.2. Agente causante (S/Tabla R.E.P.).
 - 3.3. Agente material asociado (S/Tabla R.E.P.).
 - 3.4. Tiempo de exposición al agente (en meses).
 - 3.5. Fecha del diagnóstico de la enfermedad denunciada.
 - 3.6. La enfermedad se diagnosticó en:
 - Examen preocupacional.
 - Examen periódico.
 - Examen por transferencia de actividad.
 - Examen por ausencia prolongada.
 - Examen de egreso.
 - Consulta en Obra Social.
 - Consulta en Hospital Público.
 - Consulta en Ámbito Público no hospitalario (sala, CAP, etc.).





- Consulta en Sanatorio, Clínica o consultorio privado.
- Por peritaje judicial.
- Prestador de A.R.T.

4. Fecha de elaboración del formulario.

5. Firma y aclaración del denunciante.

Modelo D: Notificación de hallazgo de patología preexistente/inculpable/no relacionada con la contingencia aceptada.

Es el instrumento a través del cual la A.R.T. o el E.A., comunica el hallazgo de una patología preexistente/inculpable/no relacionada con la contingencia aceptada. Este formulario deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Lugar y fecha de emisión del documento de notificación.
2. N° de siniestro.
3. Fecha del accidente de trabajo/Primera Manifestación Invalidante (P.M.I.).
4. Fecha de notificación de la denuncia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.
5. Datos del Trabajador: Apellido y Nombre, C.U.I.L., Tipo y N° de documento y domicilio.
6. Datos de la contingencia aceptada.
7. Descripción de la patología detectada en el tratamiento, no relacionada con la contingencia aceptada.
8. Procedimiento mediante el cual se detectó la patología no relacionada con la contingencia aceptada.
9. Texto Modelo:

La notificación de hallazgo de patología inculpable/preexistente no relacionada con la contingencia previamente aceptada deberá poseer el siguiente formato:

“Señor Trabajador: Nos dirigimos a usted a efectos de informarle que durante el tratamiento efectuado como consecuencia de la contingencia denunciada y aceptada por esta Aseguradora, registrada como siniestro número..., se detectó a través de... (especificar técnica, estudios realizados, etc.) que presenta una patología de naturaleza inculpable/preexistente no relacionada con el hecho denunciado, consistente en: (descripción de la patología detectada). Por lo expuesto, y a los efectos del debido cuidado de su salud le recomendamos canalizar la atención de la misma a través de la obra social o cobertura médica que Ud. posea.

Asimismo, comunicamos a Ud. que el hallazgo de la mencionada patología no afecta el tratamiento a otorgar en relación a la contingencia aceptada por esta A.R.T./E.A., consistente en (descripción de la patología aceptada)”.

El instrumento debe contener al pie una leyenda que exprese el siguiente mensaje: “Señor Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión, Ud. puede concurrir a la Comisión Médica, sita en...”. (Debiéndose consignar a continuación la dirección, horario y teléfonos de la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción del domicilio donde reside el trabajador).

e. 27/02/2015 N° 13601/15 v. 27/02/2015

Fecha de publicacion: 27/02/2015

