



NACIONAL

RESOLUCION 460/2008
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO (S.R.T.)

Manual de Procedimientos para los trámites de la Comisión Médica Central. Sustitución del anexo I del Manual de Procedimientos del 15/04/2008; Boletín Oficial 18/04/2008

VISTO el Expediente N° 5325/08 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y de los expedientes N° 184/96, [N° 1278 de fecha 28 de diciembre de 2000](#), N° 410 de fecha 6 de abril de 2001, las Resoluciones Conjuntas S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, y S.R.T. N° 490-S.A.F.J.P. N° 005 de fecha 13 de junio de 2001, [N° 45/97](#), [N° 222 de fecha 7 de mayo de 2001](#), [N° 305 de fecha 19 de junio de 2001](#) y N° 744 de fecha 21 de noviembre de 2003;

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con las disposiciones citadas en el visto, corresponde a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) dictar los procedimientos establecidos respecto de los trámites en los que deban intervenir las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central. Que atento lo dispuesto por el artículo 3° de la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184 - SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.A.F.J.P.) N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, la entonces Subgerencia de Control de Prestaciones, hoy Gerencia de Control de Prestaciones, tiene la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites de la [Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo](#). Que el artículo 4° de la Resolución Conjunta citada, faculta a la mencionada Gerencia, a elaborar y aprobar actualizaciones de los procedimientos a seguir en los trámites previstos en la [Ley N° 24.557](#), dictando un texto unificado con la resolución N° 184 y S.A.F.J.P. N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996.

Que por otro lado, a través de la Resolución Conjunta S.R.T. N° 490 - S.A.F.J.P. N° 005 de fecha 13 de junio de 2001, se dispuso que siempre que al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia sobre la determinación de la naturaleza de la lesión, conforme se establezca por vía reglamentaria, un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión.

Que, en ese sentido, el Decreto N° 410 de fecha 6 de abril de 2001, dispuso que el dictamen jurídico previo será emitido por ésta a dictar las normas complementarias correspondientes.

Que la [Resolución S.R.T. N° 222 de fecha 7 de mayo de 2001](#), dispuso la apertura de la UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA y de financiamiento procedentes para el funcionamiento de la mencionada Unidad.

Que, finalmente, mediante la [Resolución S.R.T. N° 305 de fecha 19 de junio de 2001](#), se incorporaron dos capítulos a la [Resolución S.R.T. N° 45/97](#), modificando a ésta en lo atinente a la regulación de la emisión del dictamen jurídico sobre accidente y, en lo que respecta a los trámites a llevarse a cabo por ante las Comisiones Médicas.

Que la Resolución S.R.T. N° 744 de fecha 21 de noviembre de 2003, sustituyó las Consideraciones Particulares del Manual de Procedimientos. Que no obstante los considerandos precedentes, la experiencia acumulada en más de ONCE (11) años de funcionamiento de la Comisión Médica Central, posteriormente han creado nuevas necesidades y, por consiguiente, se ha requerido un nuevo marco normativo.

Que en virtud de lo expuesto, resulta necesario modificar el Manual de Procedimientos que integra el Anexo I de la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590/96, en las partes que ha indicado como acertadas, con los respectivos formularios instructivos.

Que la Gerencia de Asuntos Legales ha tomado la intervención en orden a su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 36, apartado 1° de la [Ley N° 24.557](#), el artículo 1° de la [Ley N° 24.557](#), y de lo dispuesto por la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE
DE RIESGOS DEL TRABAJO
RESUELVE:

ARTICULO 1° - Sustituir el Anexo I de la [Resolución S.R.T. N° 45 de fecha 20 de junio de 1997](#) (MANUAL DE INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL), por el Anexo que forma parte de la presente resolución.
ARTICULO 2° - La presente resolución entrará en vigencia a los DIEZ (10) días de su publicación en el Boletín Oficial.
ARTICULO 3° - Derógase toda otra disposición que se oponga a lo dispuesto en el Anexo de la presente.
ARTICULO 4° - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
Dr. JUAN H. GONZALEZ GAVIOLA, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

ANEXO I

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS TRAMITES PROCEDENTES DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CAPITULO 1

INTERVENCION DE LAS COMISIONES MEDICAS

1. TRAMITES EN LOS QUE INTERVIENEN LAS COMISIONES MEDICAS

LAS COMISIONES MEDICAS INTERVIENEN EN LA EVALUACION DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1.1. Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado

1.1.1. Rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado por la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad. (Ley 24.557, artículo 6, apartado 3)

La Ley 24.557, artículo 21, establece que la Comisión Médica deberá requerir un Dictamen Jurídico Previo para expedir el trámite quedare planteada la divergencia sobre dicho aspecto.

Quedan exceptuados de seguir este procedimiento aquellos rechazos extemporáneos efectuados por las aseguradoras.

1.1.2. Divergencia en relación a la situación de la Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o de la Incapacidad Laboral Permanente (ILP)

1.1.3. Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie.

Se entiende por Trámite Sumarísimo para Divergencias aquel que requiere una resolución urgente por parte de la Comisión Médica.

1.1.4. Silencio de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado, cuando transcurrido el plazo establecido o rechazando la pretensión.

1.1.5. Rechazo de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales (Ley 24.557, artículo 6, apartado 3)

Se entiende por "Enfermedades Profesionales no incluidas en el listado", aquellas que no se encuentren en el Decreto 10.000/2002.

1.1.5.1. El trabajador deberá poner en conocimiento de la Aseguradora, en forma previa a la iniciación del trámite, la existencia de la enfermedad.

1.1.5.2. La Aseguradora interviniente deberá aceptar o rechazar el reclamo del trabajador, manifestando si la enfermedad es profesional.

1.1.6. Divergencias en las prestaciones e incapacidades laborales de un trabajador perteneciente a un Empleador no asegurado.

La Ley 24.557, artículo 28, inc. 1, establece que el Empleador que omitiese afiliarse a una Aseguradora responderá por las prestaciones y incapacidades laborales de sus trabajadores.
Ley 24.557, artículo 28, inc. 1, establece que el Empleador que omitiese afiliarse a una Aseguradora responderá por las prestaciones y incapacidades laborales de sus trabajadores.

1.2. Trámites iniciados por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado

1.2.1. Homologar acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes Parciales (ILPP) Definitivas.

Se entiende por "Homologación de las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas" el acuerdo propuesto por el Empleador no asegurado al Trabajador, al otorgarle el alta médica a través de su prestador habilitado (Resoluciones SRT N° 160/2002 y 161/2002).

La aceptación de la Homologación por parte del Trabajador implica que el acuerdo deberá concretarse antes de los TRES (3) meses siguientes a la fecha de la resolución.

La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberá iniciar el trámite dentro de los QUINCE (15) días hábiles de la resolución.

1.2.2. Dictaminar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP).

1.2.3. Extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP) Provisoria.

1.2.4. Suspender las prestaciones dinerarias (Ley N° 24.557, artículo 20, apartado 2) ante una negativa injustificada o no fundada.

2. TRAMITES EN LOS QUE NO DEBERAN TOMAR INTERVENCION LAS COMISIONES MEDICAS

LAS COMISIONES MEDICAS NO INTERVENDRAN CUANDO SE DEBATAN CUESTIONES RELATIVAS A:

2.1. La existencia de la relación laboral; correspondiendo intervenir en estos casos a los organismos competentes.

2.2. Divergencias respecto del ingreso base, por exceder el marco de la competencia de las citadas Comisiones Médicas.

2.3. Incumplimientos de las Aseguradoras, los Empleadores autoasegurados o los Empleadores no asegurados, en tanto no se hayan iniciado los procedimientos correspondientes.

2.4. Incumplimientos de las prestaciones dinerarias, por exceder el marco de la competencia de las citadas Comisiones Médicas.

3. INICIO DE UN EXPEDIENTE

3.1. Generalidades

Quién inicia:

3.1.1. El trámite podrá ser iniciado por el Trabajador, su Derechohabiente o su Apoderado; la Aseguradora de la contingencia o el Empleador no asegurado.

Cómo inicia:

3.1.2. La presentación de la documentación podrá realizarse en forma personal o por vía postal. En la presentación "Trabajador o Derechohabiente".

Dónde inicia:

3.1.3. Deberá presentarse la documentación ante la Comisión Médica con competencia territorial en el Domicilio Real. Se entiende por "Domicilio Real" el lugar en el que reside el Trabajador en el momento de iniciar el trámite.

3.1.4. El Trabajador podrá solicitar el traslado del expediente a otra Comisión Médica más cercana a su domicilio real, resultare más conveniente una Comisión Médica distinta que aquella que corresponda por competencia territorial. Junto con la documentación requerida para iniciar el trámite, presentará una nota en la que detallará los motivos que

3.2. Documentación a presentar

3.2.1. Generalidades

Todo trámite que ingresa en una Comisión Médica, debe incluir la documentación que a continuación se detalla:

3.2.1.1. Formulario de Solicitud que corresponda, de acuerdo a la intervención que se solicite, completa en todas sus partes.

3.2.1.1.1. Formulario "Solicitud de Intervención" - Anexo A - para presentaciones realizadas por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o el Empleado no asegurado. Este formulario deberá estar firmado por el representante del Área Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleado no asegurado.

3.2.1.1.2. Formulario "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" - Anexo B - para presentaciones realizadas por el Trabajador o Derechohabiente. Este formulario deberá estar firmado por el solicitante y deberá estar suscripto por un profesional de la salud que avale el contenido y alcance de las prestaciones en especie o en el reconocimiento de patologías que no se encuentren incluidas en el plan de salud.

3.2.1.1.3. "Nota", para toda presentación realizada vía postal por el trabajador o su derechohabiente o su apoderado.

3.2.1.2. Fotocopia de un Documento que permita identificar al trabajador

3.2.1.2.1. Documento Nacional de Identidad - DNI - hojas 1 y 2 y último cambio de domicilio

3.2.1.2.2. Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica - LE / LC - hojas 1, 2, 3 y 4 y último cambio de domicilio

En aquellos casos en los que el Damnificado o Derechohabiente no cuente con los documentos detallados en los puntos anteriores, deberá presentar fotocopia que permita identificar al trabajador y el original de la denuncia policial de extravío, robo o hurto de su documento de identidad.

Se entiende por Documento identificador, todo aquel que contenga foto, fecha de nacimiento y N° de DNI / LE / LC.

3.2.1.3. Fotocopia del Documento que acredite la identidad del presentante de la solicitud, en aquellos casos en los que el presentante no sea el trabajador o su derechohabiente.

3.2.1.4. Para presentaciones realizadas por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, deberá presentar fotocopia de su Documento de Identificación o de su Documento de Enrolamiento o Cívico.

3.2.1.5. Denuncia de la Contingencia

3.2.1.6. Copia de dictámenes anteriores de Comisión Médica y Oficinas de Homologación y Visado, en caso de existir.

3.2.1.7. Fotocopia de recibos de haberes, y en caso de pluriempleo anexar los recibos de haberes de cada uno de sus empleadores.

3.2.2. Particularidades

Según sea la intervención que se solicite a la Comisión Médica, el presentante debe agregar, a lo especificado en el punto anterior, la documentación que a continuación se detalla:

3.2.2.1. Trámites iniciados por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado

La Comisión médica deberá contar en la Audiencia y/o Examen Médico, con la siguiente documentación administrativa: en el caso de Empleador no asegurado, deberá presentar con carácter de Declaración Jurada. A saber, todos los antecedentes médicos, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite, bajo apercibimiento de sanción (artículo 13 del Decreto N° 717/96).

El incumplimiento de lo expresado en el punto anterior, facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SAFJP) a remitir los antecedentes a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

3.2.2.1.1. Trámite para determinar el carácter definitivo en la Incapacidad Laboral Permanente.

3.2.2.1.1.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.1.2. Evaluación de la Incapacidad Laboral.

3.2.2.1.1.3. Alta de recalificación, en los casos que corresponda.

3.2.2.1.1.4. Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el médico tratante, en el caso de Autoasegurado.

3.2.2.1.1.5. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada.

3.2.2.1.1.5.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.

3.2.2.1.1.5.2. En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, los estudios de salud existentes en la empresa, etc. Examen preocupacional, exámenes periódicos, profesigramas o evaluación de los factores de riesgo, elementos de protección personal, etc.

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

3.2.2.1.2. Trámite para extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente Provisoria

3.2.2.1.2.1 Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.2.2 Evaluación de la Incapacidad Laboral.

3.2.2.1.2.3 Alta de recalificación, en los casos que corresponda.

3.2.2.1.2.4 Informe médico que avale la solicitud.

3.2.2.1.2.5 Dictámenes o sentencias sobre incapacidades laborales previas.

3.2.2.1.2.6 Original o fotocopia del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el Autoasegurado/Empleador no asegurado.

3.2.2.1.2.7 Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada.

3.2.2.1.2.7.1 En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación.

3.2.2.1.2.7.2 En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, existentes en la empresa, etc. Examen preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los elementos de protección personal, etc.

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

3.2.2.1.3. Trámite para la suspensión de las prestaciones dinerarias (Ley N° 24.557 art. 20 apartado 2).

3.2.2.1.3.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.3.2. Comunicación fehaciente al damnificado en la que se informe los alcances del Art. 20, apartado 2 de la Ley N° 24.557.

3.2.2.1.3.3. Copia de la recepción por parte del damnificado de la comunicación (AR - Acuse de Recibo) que se detalla en el Anexo B.

3.2.2.1.3.4. Informe médico que avale la prestación pretendida.

3.2.2.1.3.5. Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el Autoasegurado/Empleador no asegurado.

3.2.2.1.3.6. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada.

3.2.2.1.3.6.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación.

3.2.2.1.3.6.2. En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, existentes en la empresa, etc., preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, elementos de protección personal, etc.

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

3.2.2.1.3.6.3. En Enfermedades Profesionales No incluidas en el Listado:

Historias clínicas o resúmenes y/o certificados originales suscritos por profesionales de la salud. Estudios médicos complementarios.

3.2.2.1.4 Trámite para la homologación de acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes, Parciales Y Definidas.

3.2.2.1.4.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.4.2. Evaluación de la Incapacidad Laboral, con acuerdo de las partes.

3.2.2.1.4.3. Alta de recalificación, en los casos que correspondan.

3.2.2.1.4.4. Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el Autoasegurado/Empleador no asegurado.

3.2.2.1.4.5. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada.

3.2.2.1.4.5.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación.

3.2.2.1.4.5.2. En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, existentes en la empresa, etc., preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, elementos de protección personal, etc..

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

3.2.2.2. Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado

En los expedientes iniciados por el trabajador, derechohabiente o apoderado, para el día de la Audiencia y/o Examen Médico, se presentarán los estudios complementarios, informes, certificados médicos del caso, con carácter de Declaración Jurada, a saber: estudios complementarios, informes, certificados médicos, presentación del trámite, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (anexo B). El incumplimiento de lo expresado en el punto anterior, facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP a los efectos que ésta estime corresponder.

3.2.2.2.1 Trámite por el rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado/empleado.

3.2.2.2.1.1. Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -

- 3.2.2.2.1.2. Rechazo de la contingencia por parte de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
- 3.2.2.2.2. Trámite por divergencia en relación a la situación de la Incapacidad Laboral Temporal O Incapacidad Laboral Permanente.
- 3.2.2.2.2.1. Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.
- 3.2.2.2.2.2. Alta Médica otorgada por la ART.
- 3.2.2.2.3 Trámite por divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie
- 3.2.2.2.3.1 Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.
- 3.2.2.2.3.2. Certificado médico que acredite la necesidad de modificar/sustituir las prestaciones otorgadas por la ART.
- Para los casos de Trámite Sumarísimo, en el Certificado Médico requerido deberá constar el cuadro nosológico del trabajador.
- 3.2.2.2.3.3. Alta médica de la Aseguradora en caso de existir.
- 3.2.2.2.5. Trámite por silencio de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o empleador no asegurado
- 3.2.2.2.5.1 Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.
- La documentación complementaria referida a las presentaciones efectuadas por el damnificado deberá ser presentada en el momento de la presentación de la solicitud.
- 3.2.2.2.5. Solicitud del trabajador o derechohabiente por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.
- 3.2.2.2.5.1 Solicitud de Intervención - Anexo L-.
- 3.2.2.2.5.2 Rechazo de la Contingencia por parte de la Aseguradora, fundado en que la enfermedad denunciada no corresponde a la contingencia.
- 3.2.2.2.5.3 Petición fundada suscrita por médico especialista en Medicina del Trabajo o Medicina Legal donde conste el diagnóstico de la enfermedad y el agente de riesgo (descripción/demostración del puesto de trabajo).

Las constancias a presentar serán:

- 3.2.2.2.5.3.1. Estudios complementarios que acrediten el diagnóstico de la enfermedad denunciada.
- 3.2.2.2.5.3.2. Descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.
- 3.2.2.3. En aquellos trámites presentados por un Apoderado, deberá agregarse Poder otorgado ante escribano público.
- 3.2.2.3.1 en el que figure la autorización para representar y gestionar trámites administrativos, cuando el expediente esté en trámite y presente durante su tramitación.
- 3.2.2.3.2 en el que figure la autorización para gestionar trámites administrativos en el caso del representante del Apoderado Autoasegurado.
- 3.2.2.3.3 para el apoderado o estatuto social donde acredite la representación, cuando el expediente lo inicie un Empleador no asegurado.
- 3.2.2.3.4 En los casos detallados en los puntos 3.2.2.3.2. y 3.2.2.3.3. anteriores, si el apoderado fuera abogado, bastará con la firma de todas sus partes.
- 3.2.2.4. En aquellos trámites presentados por un Letrado Patrocinante,

El mandato podrá otorgarse ante la autoridad administrativa. (Artículo 33° - Decreto 1759/72 reglamentario de la Ley 17.330).

4. RECHAZO DE LA PRESENTACION DE UN EXPEDIENTE

- 4.1. La Comisión Médica rechazará la presentación de una Solicitud de intervención, en los casos que se especifican a continuación:
- 4.1.1. Cuando resultare incompleta la documentación establecida en los puntos 3.2.1. y 3.2.2.1 "Trámites iniciados por el Asegurado"
- 4.1.2. Cuando resultare incompleta la documentación establecida en los puntos 3.2.2. y 3.2.2.2. "Trámites iniciados por el Empleador no asegurado"
- 4.1.3. Denuncia no contemplada en el presente Manual de Procedimientos.
- 4.1.4. Cuando en la Solicitud del Trabajador o Derechohabiente o documentación remitida por vía postal, no se pueda verificar la autenticidad de la misma.
- 4.2. En los casos detallados en el punto 4.1., el Personal Administrativo de la Comisión Médica procederá a:
- 4.2.1. reintegrar al solicitante la totalidad de la documentación presentada en forma personal o vía postal, según haya sido el caso.
- 4.2.2. agregar una nota de devolución en la que se detallará el motivo de la misma.
- 4.2.3. archivar como comprobante de la devolución la copia de la nota de devolución con el respectivo acuse de recibo.

5. REGISTRO, NUMERACION, FOLIATURA Y DESGLOSE DE EXPEDIENTES

5.1. Registro y Numeración

La Comisión Médica en la que ingresa una Solicitud de intervención, es la responsable de registrar todos los datos de los Expedientes Médicos (SSTM) que corresponde a dicha Comisión.

El Personal Administrativo deberá:

- 5.1.1. Completar el Formulario "Carátula" - Anexo J, en el SSTM, consignando los siguientes datos obligatorios:
 - 5.1.1.1. Fecha de inicio del trámite en la Aseguradora, de corresponder.
 - 5.1.1.2. Fecha de ingreso del trámite en la Comisión Médica.
 - 5.1.1.3. Datos de la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.
 - 5.1.1.4. Motivo de la presentación.
 - 5.1.1.5. Datos del Empleador.
 - 5.1.1.6. Datos del Damnificado.
 - 5.1.1.7. Breve resumen del siniestro.
- 5.1.2. Asignar al trámite presentado un número de expediente.

5.1.2.1. El número que se asigna, consta de CINCO (5) elementos y guarda las siguientes características:

5.1.2.1.1. Tres primeros dígitos: identifican el número de la Comisión Médica que origina el expediente.

5.1.2.1.2. Letra "L": identifica al trámite Laboral.

5.1.2.1.3. Cinco siguientes dígitos: comenzando en el N° 00001 identifican el número de expediente.

5.1.2.1.4. "/" (barra separadora).

5.1.2.1.5. Dos últimos dígitos: corresponden al año de emisión.

De esta manera, el Expediente N° 001-L-00001/08, muestra que:

- corresponde a la Comisión Médica N° 1 de Tucumán (001)

- es un Trámite Laboral (L).

- es el expediente N° 1 (00001) del año 2008 (/08).

5.1.2.2. Los expedientes ingresados provenientes de otra Comisión Médica, mantendrán la numeración de la Comisión Médica.

5.1.2.3. Una vez ingresados todos los datos y asignado el número de expediente, se imprime del SSTM el formulario en su primera hoja, sin número de folio.

5.2. Foliatura del Expediente

5.2.1. Generalidades.

5.2.1.1. Toda la documentación que se incluya en los expedientes ingresados en una Comisión Médica, debe ser correlativo de incorporación.

5.2.1.2. El sello y el número de folio deben colocarse en el extremo superior derecho del documento, evitando cualquier otro uso.

5.2.1.3. En las placas radiográficas se coloca, en el extremo superior derecho, un adhesivo color blanco que permita su identificación.

5.2.1.4. Los sobres recibidos se incorporan sólo cuando contengan datos que resulten de interés (p.e.: sellos de correos).

5.2.2. Responsables de la foliatura.

5.2.2.1. El Area Administrativa de la Comisión Médica que inicia una actuación es la responsable de la operación de foliatura.

5.2.2.2. En aquellos casos en los que un expediente deba ser trasladado a otra Comisión Médica, la responsabilidad de la foliatura será de la Comisión Médica de destino.

5.2.3. Documentación proveniente de Organismos Oficiales

5.2.3.1. Todo expediente proveniente de un Organismo Oficial, que se incorpora a las actuaciones que tramiten en una Comisión Médica, debe ser incorporado.

5.2.3.2. Su incorporación debe estar precedida por una "Nota de Agregación" de la Comisión Médica actuante.

5.2.3.3. La foja siguiente a incorporar, llevará como número de folio el número siguiente al folio de la providencia de incorporación.

5.2.4. Documentación proveniente de Organismos no Oficiales

Todo expediente proveniente de un Organismo no Oficial, que se incorpora a las actuaciones que tramitan en una Comisión Médica, debe ser incorporado.

5.2.5. Errores de Foliatura

Todo error de foliatura en un expediente que tramita en una Comisión Médica, debe ser corregido. Las fojas deben ser renumeradas con una "Nota para Errores de Foliatura".

5.3. Desglose de Documentación

5.3.1. El desglose de cualquier tipo de documentación que se encuentre incluida en los expedientes que tramitan en una Comisión Médica, debe ser incorporado.

5.3.2. Se debe dejar constancia de la documentación separada mediante una "Nota de Desglose".

5.3.3. Se debe dejar en el expediente fotocopia de toda documentación desglosada. En aquellos casos en los que esto no sea posible, se debe indicar el contenido de la foja desglosada.

6. TRATAMIENTO DEL EXPEDIENTE EN LA COMISION MEDICA

6.1. Evaluación Administrativa del Expediente

El Personal Administrativo de la Comisión Médica procederá a:

6.1.1. Recibir, personalmente o por vía postal, la solicitud de inicio de expediente

6.1.2. Controlar la documentación que, para cada tipo de trámite se detalla en los puntos 3.2. Documentación a presentarse.

6.1.3. Sellar y fechar el Formulario de Solicitud que corresponda, según quién haya presentado el trámite, en original y copia.

6.1.4. Asignar número de expediente a la solicitud ingresada, tal como se detalla en el punto 5.1. Registro y Numeración.

6.1.5. Registrar el número de expediente en el original y la copia del formulario de solicitud que corresponda a cada trámite.

6.1.6. Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica (Sistema de Seguimiento de Trámites).

6.1.7. Armar del expediente con los elementos que se detallan a continuación:

6.1.7.1. Carátula o "Tapa del Expediente" - Formulario Anexo J.

6.1.7.2. Original del Formulario de Solicitud que corresponda.

6.1.7.3. Informe de la Base de Siniestralidad de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con detalle de siniestros ocurridos y Visado.

6.1.7.4. Informe de la Base de Auditor de CUIL de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilación y Vejez.

6.1.7.5. Fotocopia del Documento de Identidad.

6.1.7.6. Documentación que permita identificar el domicilio del Trabajador o Derechohabiente.

6.1.7.7. Fotocopia del Documento que acredite la identidad del presentante (punto 1.3.1.3.).

6.1.7.8. Documentación médica original detallada en los puntos 1.3.1.6. - 1.3.1.8.

6.1.7.9. Alta de recalificación, de corresponder.

6.1.7.10. Copia de dictámenes anteriores, de existir.

6.1.8. Foliar todas las actuaciones, tal como se detalla en el punto 3.2. Foliatura del Expediente.

6.1.9. Entregar al presentante el duplicado del Formulario de Solicitud que corresponda, personalmente o remitirlo v

6.2. Evaluación Médica del expediente

El Coordinador de la Comisión Médica procederá a:

6.2.1. Evaluar el contenido y la forma de la presentación tanto en el aspecto médico como administrativo.

En los casos presentados como "Trámite Sumarísimo para Divergencias", la evaluación se realizará en forma inmediata.

6.2.2. Indicar el agregado de antecedentes, de ser necesario, dejando constancia de ello en el expediente mediante un

6.2.3. Requerir en el formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", que se incorporen al expediente los archivos de la Comisión Médica, que el damnificado haya solicitado la intervención judicial en un trámite anterior.

6.2.4. Evaluar la coherencia lógica entre los informes médicos y los exámenes de laboratorio o especialidad proporci

6.2.5. Verificar la presencia de errores técnicos en el contenido de los informes y la pertinencia de los mismos en rel

6.2.6. Verificar la documentación médica agregada al expediente y constatar, en cada informe, que:

6.2.6.1. la documentación médica sea fotocopia del original firmada por un representante médico, responsable recor asegurado o certificadas por escribano.

6.2.6.2. Conste la fecha de emisión de los informes, los datos del damnificado (Nombre/s y Apellido/s; Tipo y completo; especialidad; N° de matrícula).

6.2.6.3. Sean legibles.

6.2.6.4. No contengan enmiendas, borrones, tachaduras o correcciones de ninguna especie, excepto que hayan sido s

6.2.6.5. Conste la dirección o el lugar en el que fue realizado el examen y extendido el certificado.

6.2.6.6. Conste en el informe el membrete, con identificación completa de la Entidad o del Hospital o Centro Médico

6.2.6.7. Se encuentren completos aquellos exámenes que se componen de un medio gráfico (rayos X, trazado electr resultado elaborado por un especialista que interpreta el medio gráfico.

6.2.6.8. Las placas radiográficas, contengan en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para to interesado.

6.2.7. Dejar constancia en el expediente de todas sus observaciones y sus recomendaciones.

6.2.8. Asignar el expediente a UN (1) médico de la Comisión Médica, teniendo en cuenta la patología del trabaj equitativa entre todos los miembros de la Comisión Médica, incluido el mismo Coordinador.

6.3. Citación a las partes

6.3.1. Generalidades

6.3.1.1. Toda comunicación deberá realizarse con una antelación mínima de TRES (3) días hábiles y en todos los cas

6.3.1.1.1. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo será comunicada vía informática.

6.3.1.1.2. El Empleador Autoasegurado y el Empleador no Asegurado será comunicado vía informática o por vía pos

6.3.1.1.3. Las Entidades y Organismos Previsionales serán comunicadas por vía postal.

6.3.1.1.4. En el caso de Enfermedades Profesionales no listadas, los empleadores serán comunicados por vía postal.

6.3.1.2. Ante la posibilidad de dictaminarse el carácter "definitivo" de una Incapacidad Laboral Permanente T Permanente Parcial Definitiva que sumada a las Incapacidades preexistentes se convirtiera en una Incapacidad Perm que corresponda.

6.3.1.3. En aquellos casos en los que el Damnificado o su Derechohabiente o su Apoderado, solicitara por escrito asignarla y comunicarla según se detalla en el presente punto.

6.3.1.4. En aquellos casos en los que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado in fehacientemente al damnificado o derechohabiente de la Audiencia y/o examen médico en el domicilio por estos de los datos necesarios para realizar la diligencia en forma correcta.

6.3.2. Plazos

6.3.2.1. Deberá asignarse turno para la Audiencia y/o Examen Médico, indefectiblemente, dentro de los DIEZ (10) Médica.

6.3.2.2. En los casos de Trámite Sumarísimo para Divergencias, deberá asignarse turno para la Audiencia y/o Exa recibida la "Solicitud de Intervención" en la Comisión Médica.

6.3.2.3. En aquellos expedientes trasladados desde otra Comisión Médica, como consecuencia del pedido expreso d se contarán a partir del día de la recepción del expediente por parte de la Comisión destinataria.

6.3.3. El Médico Coordinador procederá a:

- 6.3.3.1. Analizar, atento a la documentación médica obrante en el expediente, las condiciones ambulatorias del damnificado.
- 6.3.3.2. Decidir si se cita al damnificado en consultorio o la Comisión Médica se constituye en el domicilio donde el damnificado reside.
- 6.3.4. El Personal Administrativo procederá a:
 - 6.3.4.1. Emitir el formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo C- por triplicado, o más (según corresponda).
 - 6.3.4.1.1. Nombre y apellido del damnificado o derechohabiente.
 - 6.3.4.1.2. Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no Asegurado.
 - 6.3.4.1.3. Empleador en los casos de Enfermedades Profesionales no listadas.
 - 6.3.4.1.4. Fecha del siniestro invocado.
 - 6.3.4.1.5 Lugar, fecha y hora de realización de la Audiencia y/o Examen Médico.
 - 6.3.4.1.6. Motivo de intervención.
 - 6.3.4.2. Remitir el Formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", conforme el siguiente detalle:
 - 6.3.4.2.1. Trámite iniciado por el damnificado o su derechohabiente en forma personal:
Entregar en mano, en el momento de ser iniciado el trámite, debiendo el presentante notificarse fehacientemente de su intervención.
 - 6.3.4.2.2. Trámite iniciado por el damnificado o su derechohabiente por vía postal:
Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente, sea citando al mismo o comunicando que la comisión o profesional se constituirá en su domicilio, en caso de ser necesario.
 - 6.3.4.2.3. Trámite Sumarísimo para Divergencias:
Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente, al trámite.
En idéntico plazo, remitir a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado el duplicado de la Notificación para Audiencia y/o Examen Médico (Anexo B) dejando constancia en el expediente
 - 6.3.4.2.4. Trámite iniciado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no Asegurado:
Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente.
 - 6.3.4.3. Incorporar al expediente el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los originales de los formularios de la Comisión Médica.
- 6.3.5. Recitación a Primera o Segunda Audiencia/Examen Médico
Toda recitación a las partes deberá practicarse dentro de los VEINTE (20) días hábiles contados a partir del día de la citación establecido en el punto 6.3. Citación a las partes.

7. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA DE LAS PARTES

7.1. Generalidades

7.1.1. La Comisión Médica notificará semanalmente a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo las notificaciones, incomparecieron a las citaciones efectuadas.

7.2. Incomparencia a Primera Audiencia/Examen Médico.

7.2.1. Incomparencia del Trabajador o su Derechohabiente o su Apoderado, sea éste Solicitante o Contraparte, se procederá de la siguiente manera:

7.2.1.1. El Médico interviniente procederá a:

7.2.1.1.1. completar el formulario "Acta de Incomparencia"

7.2.1.1.2. firmar dicho formulario, junto con los médicos designados por las partes interesadas que estuvieran presentes.

7.2.1.1.3. agregar el formulario al expediente

7.2.1.1.4. entregar el expediente al Area Administrativa con indicación de Recitar

7.2.1.2. El Personal Administrativo procederá a:

7.2.1.2.1. volver a citar al damnificado según se detalla en el punto 6.3.4.

7.2.1.2.2. comunicar la nueva fecha a las partes intervinientes según se detalla en el punto 6.3.4.1.5.

7.2.1.2.3. incorporar copia del formulario al expediente

7.2.2. Incomparencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado, sea ésta Solicitante o Contraparte, fehacientemente notificadas, no será causal para volver a citar al trabajador, y se continuará con el trámite, basándose en la información existente en el expediente.

7.3. Incomparencia a Recitación a Primera Audiencia/Examen Médico

7.3.1. Incomparencia del Trabajador, su Derechohabiente o su Apoderado si éste es el Solicitante: se procederá de la siguiente manera:
continuación:

7.3.1.1. El Médico interviniente procederá a:

7.3.1.1.1 completar el formulario "Acta de Incomparencia" con la indicación de pasar el expediente a caducidad y archivar.

7.3.1.1.2. firmar dicho formulario, junto con los médicos designados por las partes interesadas que estuvieran presentes.

7.3.1.1.3. agregar el formulario al expediente

7.3.1.1.4. entregar el expediente al Area Administrativa

7.3.1.2. El Personal Administrativo procederá a archivar el expediente en el sector correspondiente según se detalla en el punto 6.3.4.

7.3.2. Incomparencia del Trabajador o su Derechohabiente o su Apoderado si éste es la Contraparte

Se continuará con la tramitación de las actuaciones, basándose en la información existente en el expediente.

7.3.3. Incomparencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado si éste es el SOL. La incomparencia de la Aseguradora en cualquiera de las instancias de citaciones, fehacientemente notificadas, no interrumpe el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

7.4. Incomparencia a Segunda Audiencia/Examen Médico

Se procederá según lo establecido en el punto 7.2..

7.5. Incomparencia a Recitación Segunda Audiencia/Examen Médico

Se procederá según lo establecido en el punto 7.3..

8. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION DE LAS COMISIONES MEDICAS

Se procederá en los mismos términos que lo indicado en el punto 6.3., en aquellos casos en que la Comisión Médica no puede ser constituida, por motivos ajenos a las partes.

9. AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

9.1. Generalidades

9.1.1. Todos los concurrentes a la Audiencia / Examen Médico, deberán ser identificados por la Comisión Médica, mediante el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico".

9.1.2. Los profesionales se acreditarán como tales mediante la presentación del carnet o la matrícula correspondiente.

9.1.3. Los Asesores Letrados de las partes deberán exhibir el poder legal, cuando se presenten como tales y no lo hubieran exhibido.

9.1.4. Los Asesores Letrados, cualquiera sea la parte que representen, no podrán presenciar el examen físico del damnificado, para la firma del acta.

9.1.5. En los casos en los que las partes presentes y/o los miembros de la Comisión formularan objeciones, se deberá emitir el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico - Observaciones", siendo suscripta por el objetante y sin provocar incidencia sobre la tramitación de los actuados.

9.1.6. En cualquier momento las partes podrán suspender el procedimiento si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado, no comparecen recurrente. Se dejará constancia de esta circunstancia en el expediente suscribiendo el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo M -, en los casos de Enfermedades No listadas. En estos casos, la Comisión Médica decidirá de acuerdo alcanzado o si procede emitir un dictamen según lo detallado en el punto 14 "Dictamen".

9.1.7. Estudios y/o Interconsultas con especialistas

9.1.7.1. Los estudios estarán a cargo de la Aseguradora, en aquellos casos en los que no hubiesen sido efectuados, recurrente.

9.1.7.2. La Aseguradora presentará los estudios detallados en el punto 9.1.7.1. ante la Comisión Médica solicitante, en el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico".

9.1.7.3. El incumplimiento por parte de la Aseguradora en la entrega de los estudios complementarios mencionados en el punto 9.1.7.1. será comunicado a la Comisión Médica a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de AFJP.

El incumplimiento de lo expresado en el presente punto facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP a los efectos que ésta estime corresponder.

La Comisión Médica en estos casos y en aquellos que considere necesario, podrá asimismo requerir estudios complementarios de acuerdo a la Ley N° 24.241.

Según la necesidad se podrá requerir el apoyo de peritos contratados, de servicios profesionales o de organismos técnicos, para la realización de cualquier otra diligencia necesaria cuando el conflicto así lo justifique.

9.1.8. Deberán concurrir a la Audiencia:

9.1.8.1. el Médico autorizado por Area Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o de Empleador no Asegurado.

9.1.8.2. el damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

9.1.8.3. Las partes podrán estar acompañadas por asesor letrado a su cargo.

9.1.9. Deberán concurrir al Examen Médico:

9.1.9.1. el Médico autorizado por el Area Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no Asegurado.

9.1.9.2. el damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

9.1.10. Examen Físico:

9.1.10.1. El Médico interviniente procederá a efectuar el examen físico. En aquellos casos en los que el damnificado no comparezca, se deberá basarse en la información existente en el expediente. Se dejará constancia en el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Físico".

9.1.10.1.1. Realizado el examen físico, si existiera la posibilidad del incumplimiento de los requisitos de los ítem 9.1.10.1.1.1. y 9.1.10.1.1.2. el Médico actuante decidirá la necesidad de efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas o procedimientos especiales.

Deberá:

9.1.10.1.1.1.1. Indicar los estudios complementarios necesarios

9.1.10.1.1.1.2. Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo E -, por duplicado.

9.1.10.1.1.1.3. Entregar al trabajador, el original del formulario "Orden de Estudios para Trámites de Incapacidad Laboral".

9.1.10.1.1.1.4. Incorporar al expediente el duplicado firmado por ambas partes.

9.1.10.1.1.1.5. Completar y suscribir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo D - dejando constancia en el expediente.

9.1.10.1.1.1.6. Suscripción del formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo D - por las partes intervinientes.

9.1.10.1.2. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales, el Médico interviniente emitirá el dictamen.

la cual será notificada a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado y a las Entidades

9.1.10.1.3. El Médico emitirá el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral" con detalle, si correspondiera:

9.1.10.1.3.1 Síntomas, signos y diagnóstico presuntivo y/o definitivo.

9.1.10.1.3.2. Detalle de los estudios y/o interconsultas o diligencias solicitadas, quien es el responsable de realizarlos

9.1.10.1.3.3. Consignar los aportes y/o divergencias de los peritos de parte.

9.1.10.1.3.4. Este Acta deberá ser firmada por el médico que realizó la audiencia, el damnificado, el representante de la Entidad Empleadora y el Empleador en los casos de Enfermedades Profesionales no listadas y los peritos designados por los interesados

9.1.10.1.3.5. La negativa a firmar por cualquiera de las partes o la firma en disconformidad no impedirá la prosecución del trámite

9.1.10.1.3.6. En los casos de Enfermedades Profesionales deberá contener:

9.1.10.1.3.6.1. Afecciones denunciadas.

9.1.10.1.3.6.2. Fecha de Primera Manifestación Invalidante.

9.1.10.1.3.6.3. Agente de riesgos denunciados como causantes de la afección.

9.1.10.1.3.6.4. Descripción y antigüedad en las tareas, y tiempo de exposición a los riesgos denunciados.

9.1.10.1.4. El Médico interviniente entregará el duplicado al damnificado y el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado en caso de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales con lo que se considerarán las partes

10. RECEPCION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

10.1. Se recibirá de los especialistas el original de la "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" junto con los informes

10.2. Se procederá a controlar que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos.

10.3. Se incorporará toda la documentación en el expediente.

10.4. Cuando el damnificado solicite nueva fecha para un estudio o práctica clínica por causa justificada, se concertará con el médico

10.5. Cuando el damnificado no se sometiera o no efectuara las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, se comunicará a las partes con los informes que figuren en éstas y procederá a emitir dictamen. De no ser suficientes la documentación médica se comunicará a las partes comunicando de la misma a todas las partes.

10.6. En el caso que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado no cumplieran con lo establecido, se hallará facultada a requerir las prácticas complementarias que estime necesarias, en sus prestadores.

11. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA A LA SEGUNDA CITACION MEDICA

11.1. Procedimiento ante la no concurrencia del trabajador

11.1.1. Si el trabajador, comunicado fehacientemente en el domicilio declarado, no concurriese en la fecha fijada para la Segunda Citación, solicitados, el profesional interviniente deberá labrar el Acta de Incomparencia, que será firmada por el profesional interviniente y, si estuvieran presentes, la que se agregará al expediente, debiendo emitirse el dictamen pertinente.

11.1.2. Si el damnificado solicitara una nueva fecha para la Segunda Revisación y/o examen médico se procederá a citar al trabajador

11.2. Procedimiento ante la no concurrencia de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado, del Empleador no asegurado o de las Entidades no listadas.

11.2.1. La incomparencia de la Aseguradora fehacientemente notificada, no será causal para volver a citar al trabajador, sino que se continuará con el trámite existente en los actuados.

11.2.2. La Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP notificará semanalmente a la Subgerencia de Salud Laboral de las incomparencias notificadas, incomparecieron a las citaciones efectuadas.

12. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION DE LA COMISION MEDICA

Se procederá en los mismos términos que lo normado en el punto 6.3. Citación a las partes, en aquellos casos en que el trabajador no compareciera en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos a las partes. Deberán tenerse en cuenta la improrrogabilidad de la obligación de comparecer

13. SEGUNDA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

13.1. Ante la concurrencia del trabajador o la constitución de la Comisión Médica o profesional autorizado en el lugar y fecha establecidos, se evaluarán los antecedentes reunidos en el expediente y procediendo a emitir el dictamen pertinente.

13.2. El Médico interviniente procederá a confeccionar el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral" se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo F -, de acuerdo al punto 14

14. DICTAMEN

14.1. Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral o Dictamen de Comisión Médica para la Segunda Citación. Se emitirá el formulario "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo F - o "Dictamen de Comisión Médica para la Segunda Citación" - Anexo G -, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los VEINTE (20) días de presentada la solicitud. Carácter Definitivo de una Incapacidad o en aquellas cuestiones que por razones fundadas, no ocasionen grave perjuicio al trabajador. En los trámites que fueron trasladados a otra Comisión Médica a efectos de su resolución, los plazos correrán a partir de la fecha de la resolución

14.1.1. En el Dictamen deberá constar:

14.1.1.1. Fecha de emisión del dictamen.

14.1.1.2. Fecha de Solicitud de Intervención.

14.1.1.3. Motivo de la Intervención

14.1.1.4. Resumen de lo actuado:

14.1.1.4.1. Descripción del siniestro

14.1.1.4.2. Tratamiento efectuado

14.1.1.4.3. Examen Físico

14.1.1.4.4. Estudios complementarios aportados y solicitados (hallazgos positivos)

14.1.1.4.5. Posición de las partes

14.1.1.5 Diagnóstico, si correspondiere (código CIE10)

14.1.1.6 Las conclusiones sobre lo solicitado.

14.1.1.7 Incapacidad, si correspondiere.

14.1.1.8 Alcance y contenido de las prestaciones, si correspondiere.

14.1.1.9 Fecha de revisión del dictamen a cargo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.

14.1.1.10. Si su conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.1.1.11. En los casos para homologación, si corresponde efectuar la misma.

14.1.1.12. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de Comisiones Médicas.

En las Conclusiones del Dictamen la Comisión Médica deberá dar respuesta en todos los casos a lo requerido en la normativa vigente y estricto rigor científico

14.1.1.2. Notificar a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado, al Empleador no asegurado, con acuse de recibo del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" o "Dictamen de Comisión Médica para Homologación de Incapacidad Laboral".

14.1.1.2.1. Original: al expediente, junto con los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

14.1.1.2.2. Duplicado: a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado.

14.1.1.2.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.1.1.2.4. Cuadriplicado: para el trabajador o su apoderado.

14.1.1.2.5. Quintuplicado o más: para las Entidades Previsionales, si hubieran intervenido.

14.1.1.3. Notificar a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de boletines.

14.1.1.3.1. Cuando los dictámenes modifiquen lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

14.1.1.3.2. Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado soliciten la intervención de las Comisiones Médicas.

14.1.1.4. Proceder al archivo del expediente luego de 10 (diez) días de recibidas las constancias de las notificaciones.

Los expedientes provenientes de otra Comisión Médica, deberán ser reintegrados a la Comisión de origen para su archivo.

14.2. Dictamen de Comisión Médica por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

14.2.1. En los casos en que la Comisión Médica jurisdiccional actuante considere que la patología invocada por el trabajador no está incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, procederá a emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales" más según corresponda dentro de los treinta (30) días de la fecha de iniciación del expediente.

14.2.2. En el Dictamen deberá constar lo siguiente:

14.2.2.1. Fecha de emisión del dictamen.

14.2.2.2. Un resumen de lo actuado.

14.2.2.3. Diagnóstico, si correspondiere.

14.2.2.4. Las conclusiones sobre lo solicitado, estableciendo la incidencia en la patología denunciada de la exposición al agente causante y la exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Las conclusiones deberán estar fundamentadas.

14.2.2.5. Prestaciones en especie a otorgar, si correspondiere.

14.2.2.6. Si la conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.2.2.7. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de Comisiones Médicas.

14.2.2.8. En el dictamen no se determinará en ningún caso el grado ni porcentaje de incapacidad.

14.2.3. La Comisión Médica deberá notificar a las partes en el momento de emitir el dictamen, o en su defecto dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la audiencia, el "Dictamen de Comisión Médica", de la siguiente forma:

14.2.3.1. El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

14.2.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

14.2.3.3. El triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado.

14.2.3.4. El cuadriplicado para el Empleador afiliado.

14.2.3.5. El quintuplicado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.2.4. En los casos en que la Comisión Médica actuante dictamine que la contingencia laboral reclamada es una contingencia profesional, se deberán llevar a cabo las siguientes diligencias:

14.2.4.1. Se girará el expediente, dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas contadas desde la emisión del Dictamen de Comisión Médica. En este caso, se dejará constancia en el dictamen de la remisión a la Comisión Médica Central.

.....con motivo de una denuncia formulada por el Sr.

Atento haberse interpuesto recurso de apelación al dictamen formulado por esta Comisión de fecha de expediente, de acuerdo a lo normado en el Artículo 46 de la Ley N° 24.557, en el Art. 27 de su Decreto Reglamentario juzgado.

Dios guarde a V. S.

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

16.2.7.1. Este trámite se efectuará preferentemente en forma personal por parte del administrativo de la Comisión o la Comisión Médica

16.2.8. Si la Comisión procediera al rechazo del recurso de apelación por haber sido presentado en forma extemporánea luego de vencido el plazo legal, se dejará constancia en el expediente con el siguiente proveído:

"Atento el recurso interpuesto a fs. y resultando el mismo extemporáneo (conforme art. 26, Decreto 717/96 Ley se rechaza el mismo. Notifíquese al recurrente".

16.2.9. En el caso precedente se elaborará la siguiente comunicación, que se le remitirá al apelante. El plazo para remitir

"Se le hace saber que atento a haber vencido el plazo legal previsto por el art. 26, Decreto 717/96, Ley N° 24.557 y el artículo 46 de la Ley N° 24.557, de esta Comisión Médica (Expediente N°.....) resulta extemporánea. En consecuencia lo notifica".

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

16.3. Recursos ante la Comisión Médica por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

16.3.1. En virtud de la intervención obligada que le cabe a la Comisión Médica Central, prevista en el apartado 2 de los Decretos N° 100/96 y N° 100/97, las Comisiones Médicas jurisdiccionales que establezcan el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

16.3.2. Los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales que desconozcan el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, dentro de los DIEZ (10) días de comunicados.

16.3.3. En virtud de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 2° del Decreto N° 410/01 los recursos de apelación serán resueltos exclusivamente por la Comisión Médica Central. El recurrente deberá presentar el escrito, acompañado de la resolución de la Comisión Médica jurisdiccional, debiendo ésta elevarlo dentro de los TRES (3) días a la Comisión Médica Central.

17. APELACION DEL DICTAMEN ANTE LA COMISION MEDICA CENTRAL

17.1. En el caso que existiera un dictamen previo apelado ante Comisión Médica Central sobre el mismo siniestro y expediente obrante en la Comisión Médica Central.

En el caso que la nueva presentación corresponda a Divergencia en las prestaciones o Art. 20, apartado 2 de la Ley N° 24.557, se le notificará a la Comisión Médica Central y se continuará el trámite.

17.2. Damnificado, Derechohabiente o Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.

17.2.1. El recurso se presentará, ante la Comisión Médica actuante en un plazo que no exceda los DIEZ (10) días a contar desde la fecha de la resolución de Incapacidad Laboral".

17.2.2. La presentación debe constar de:

17.2.2.1. Datos del apelante.

17.2.2.2. Apellido y nombres del damnificado (excluyente).

17.2.2.3. C.U.I.L. y Documento de Identidad del damnificado.

17.2.2.4. N° de expediente del trámite.

17.2.2.5. Comisión Médica actuante.

17.2.2.6. Fecha del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".

17.2.2.7. Consignar expresamente la parte de la resolución que se apela (excluyente).

17.2.2.8. Firma y aclaración del apelante (excluyente).

17.2.2.9. Domicilio legal del apelante (excluyente).

18. REMISION A LA COMISION MEDICA CENTRAL

La Comisión Médica Jurisdiccional deberá:

18.1. Recibir la presentación mencionada en el punto anterior.

18.2. Controlar su contenido y firmará el acuse de recibo.

18.3. Verificar el cumplimiento de los plazos establecidos en la presentación.

18.4. Cuando el recurso se presente en forma personal, la Comisión Médica Jurisdiccional solicitará la expresión de agravios en el expediente con acuse de recibo.

18.5. Se notificará en forma fehaciente a las partes la recepción del expediente, conjuntamente con el plazo de CINCO (5) días para la presentación de agravios, de no haber presentado.

18.6. Recibir la expresión de agravios en la que el recurrente podrá ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido de aplicación en el momento de la presentación.

18.7. Luego de cumplido el punto anterior se dará traslado de los agravios a las partes por el plazo de CINCO (5) días.

18.8. La expresión de agravios se solicitará siempre en original y fotocopia.

18.9. Remitir lo actuado por Correo Interno (Bolsines) a la Comisión Médica Central, dentro de las 72 horas desde la

19. EVALUACION Y TRAMITACION DEL EXPEDIENTE

19.1. El expediente será trasladado a la Secretaría Técnica con Jurisdicción sobre el domicilio del damnificado.

19.2. El administrativo de la Secretaría Técnica Regional, recibirá el expediente, verificará su contenido y forma de presentación de la expresión de agravios, en caso de no haber sido presentada.

19.3. Una vez expresados los agravios o cumplido el plazo para hacerlo, el administrativo enviará el expediente al Secretario Técnico.

19.4. El Secretario Técnico, analiza el expediente y define:

19.4.1. Si corresponde citar al trabajador;

19.4.2. Si se debe solicitar estudios y luego dictaminar;

19.4.3. Si se puede proceder a dictaminar.

19.4.4. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde citar al trabajador, devolverá el expediente al sector administrativo.

19.4.5. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde solicitar estudios procederá a confeccionar el formulario y procederá a gestionar un turno para el estudio solicitado ante el prestador habilitado. Las partes deberán ser fehacientemente recibidas en la recepción de los mismos como del plazo de CINCO (5) días para tomar vista de ellos.

19.4.6. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde dictaminar sin citar al trabajador, procederá a efectuar el dictamen.

19.5. Una vez, efectuado el dictamen, la Secretaría Regional, incorporará el informe al sistema informático y enviará a la firma pertinente.

19.6. En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en Comisión Médica podrá ser delegada en uno de los miembros, Secretarios técnicos o en un miembro de una Comisión Médica Regional informante del resto. Del acto de delegación se dejará constancia en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría.

20. CITACION A LAS PARTES

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 6.3. "Citación de las partes".

21. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA DE LAS PARTES

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 7 "Procedimiento ante la no concurrencia de las partes".

22. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 8 "Imposibilidad de constitución de la Comisión Médica".

23. AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 9 "Audiencia y/o examen médico".

24. RECEPCION DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 10 "Recepción de estudios complementarios".

25. EVALUACION DE LAS PRACTICAS SOLICITADAS

25.1. Luego de la recepción de los estudios, se deberán evaluar los antecedentes obrantes en el expediente conjuntamente con los elementos necesarios para dictar resolución.

25.2. Concluido el proceso probatorio, las partes que lo creyeren conveniente, podrán alegar en un plazo común de CUARENTA (40) días en ese mismo plazo las actuaciones estarán a disposición para su consulta.

25.3. Se incorporarán las copias de acuse de recibo en el expediente.

25.4. Presentados los alegatos o vencido el plazo para ello se emitirá el dictamen (Punto 26 del presente capítulo).

El tiempo máximo de CUARENTA (40) días para la producción de las pruebas, podrá ser llevado, cuando las circunstancias lo permitan.

26. DICTAMEN

La Comisión Médica Central deberá:

26.1. Emitir el formulario de "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo 1 - dentro de los TREINTA (30) días siguientes del vencimiento del plazo para alegar.

26.2. Hacer constar en el "Dictamen" la confirmación o revocación del dictamen emitido por la Comisión Médica Central.

26.3. Distribuir dentro de los CINCO (5) días, el "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral".

26.3.1. Original: al expediente, junto a los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

26.3.2. Duplicado: a la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

26.3.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

26.3.4. Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.

26.3.5. Quintuplicado: se archivará en el Bibliorato de Apelaciones resueltas (Dictámenes), ordenado por número de expediente.

26.3.6. Sextuplicado y demás: si les corresponde intervenir a las Entidades Previsionales.

26.3.7. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de la Comisión Médica Central.

26.4. Remitir a la Comisión Médica de origen, el expediente pasados los diez (10) días de recibido el último de los ejemplares.

26.5. Asentar la salida de las actuaciones en el Registro de expedientes.

26.6. Notificar a través de los bolsines, a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado en aquellos expedientes iniciados por el damnificado o el asegurado soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada.

27. COMISION MEDICA DE ORIGEN

La Comisión Médica de origen recibirá el expediente, adjuntará al expediente la documentación existente en el Bibliorato de Expedientes.

28. APELACION DE LOS DICTAMENES DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

28.1. Los pedidos de aclaraciones se regirán según lo establecido en el apartado 1 del Punto 16.

28.2. Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por las partes interesadas ante la Cámara de Apelaciones. Los plazos de presentación concuerdan con los especificados en los procedimientos para las Comisiones Médicas actuantes.

28.3. Se remitirá lo actuado a la Cámara mencionada, fotocopiando solamente lo actuado solamente en la Comisión Médica Central. Ésta se encuentra archivado en la Comisión Médica actuante.

28.4. Se archivarán las fotocopias de lo actuado por la Comisión Médica Central en el Bibliorato de Expedientes recurridos.

29. SENTENCIAS DE LA CAMARA FEDERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La Comisión Médica Central procederá a emitir una Resolución comunicando a las partes lo establecido por la Cámara de Apelaciones en el expediente por ésta.

En los casos que la Cámara lo requiera, o cuando no se haya definido el grado y carácter de la incapacidad o cuando no correspondan, la Comisión Médica Central procederá a dictaminar sobre tales cuestiones. En caso de que existan partes interesadas, la Comisión Médica Central notificará a las partes, de conformidad con los procedimientos y plazos que se estipularon en el Punto 16.

La Comisión Médica Central notificará a las partes, de conformidad con los procedimientos y plazos que se estipularon en el Punto 16.

30. PROCEDIMIENTO EN LA COMISION MEDICA CENTRAL PARA AQUELLOS EXPEDIENTES EN LOS QUE LA COMISION MEDICA JURISDICCIONAL EL CARACTER PROFESIONAL DE UNA PATOLOGIA NO INCLUIDA EN EL LISTADO DE PATOLOGIAS DE LA COMISION MEDICA CENTRAL.

30.1. Dentro de los DIEZ (10) días de recibido el expediente en la Comisión Médica Central, el Secretario Técnico deberá emitir un informe con la documentación remitida por la Comisión Médica Jurisdiccional.

30.2. Sobre la base de los antecedentes evaluados, el Secretario Técnico determinará la necesidad de efectuar una Audiencia y/o examen físico obrantes en el expediente.

30.3. De resolver la necesidad de efectuar la Audiencia y/o examen físico, se procederá a fijar una audiencia de Audiencia y/o examen físico en el expediente, comunicando al trabajador o sus derechohabientes y a la Aseguradora o Empleador Autoasegurado, con el fin de efectuarla únicamente en los casos en que la Comisión Médica Central lo considere oportuno. Para la comunicación se utilizará el correo electrónico y/o postal.

30.3.1. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por cuadruplicado.

30.3.2. Remitir el original y el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", mediante correo electrónico y/o postal.

30.3.3. Remitir el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" a la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado por correo electrónico y/o postal.

30.3.4. Incorporar al expediente el cuadruplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con el original por correo postal y/o por correo electrónico.

30.4. Finalizada la evaluación del expediente, el Secretario Técnico elevará su informe al Coordinador de la Comisión Médica Central y a la Comisión Médica Jurisdiccional.

31. INCOMPARECENCIA DE LAS PARTES A LA AUDIENCIA DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

31.1. En el caso que la Comisión Médica jurisdiccional reconociera el carácter laboral de la enfermedad, la Comisión Médica Central continuará el trámite con los antecedentes obrantes en el expediente.

31.2. En los casos en que el damnificado justifique la imposibilidad de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, se fijará una audiencia y/o examen médico siguientes a la fecha de la primera audiencia, comunicando a su vez a la Aseguradora o al Empleador de la obligación de concurrir a las audiencias y/o exámenes médicos establecidos por la reglamentación dictada a tal efecto por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

31.3. Si el damnificado, una vez comunicado, solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o examen médico, la Comisión Médica Central deberá fijar una nueva audiencia y/o examen médico.

31.4. Audiencia y/o examen médico en la Comisión Médica Central. Estudios complementarios.

31.4.1. Para el caso resulta aplicable lo dispuesto en los Puntos 9 y 10 (Audiencia y examen médico. Estudios complementarios).

31.4.1.1. Deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a la Comisión Médica Central.

31.4.1.2. La Comisión Médica Central deberá registrar los elementos aportados por la Aseguradora en relación con el expediente.

31.4.2. En casos excepcionales y debidamente justificados, la Comisión Médica Central podrá constituirse en el domicilio del damnificado, o podrá ser delegada en uno de los miembros de la Comisión Médica Central, en el Secretario Técnico, o en un médico que se designe previamente. En este último supuesto, las funciones del médico interviniente, se limitarán a la confección del dictamen.

32. DICTAMEN DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

32.1. La Comisión Médica Central deberá emitir su Dictamen, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los diez (10) días hábiles de recibido el expediente. El dicho Dictamen deberá constar lo siguiente:

32.1.1. La descripción de los motivos por los que se inició el trámite.

32.1.2. Los fundamentos aportados por las partes.

32.1.3. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

32.1.4. Establecer la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el expediente.

atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

32.1.5. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central, debidamente fundamentadas.

32.1.6. Si se confirma o revoca el dictamen emitido por la Comisión Médica Jurisdiccional.

32.1.7. En caso de que no se convalide el dictamen de la jurisdiccional, se indicará que la Aseguradora cesará en comunicación del dictamen.

32.1.8. En caso de convalidar el dictamen de la Jurisdiccional, se deberá:

32.1.8.1. Indicar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, si correspondiese.

32.1.8.2. Determinar el porcentaje de Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Carácter, si se encuentra extinguido.

32.1.8.3. Aclarar que conforme lo estipula el Decreto N° 1278/00, la decisión adoptada se circunscribe al caso individual de los Profesionales vigente.

32.1.9. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del plazo vencida la misma por alguno de los supuestos enumerados en el artículo 7 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora deberá iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter de la incapacidad.

32.2. En primer término, la Comisión Médica evaluará la incapacidad según la Tabla de Evaluación de Incapacidad por lesiones no se encuentren contempladas en dicha tabla, se utilizarán las normas para la Evaluación, Calificación y Clasificación del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Decreto N° 478/98), ello de conformidad con lo normado por el artículo 10 de la Ley N° 24.557.

32.3. La Comisión Médica Central deberá notificar a las partes dentro de los CINCO (5) días de emitido, el "Dictamen de Incapacidad Laboral".

32.3.1. El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

32.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

32.3.3. El triplicado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.

32.3.4. El cuadruplicado para el Empleador.

32.3.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

32.4. Una vez emitido el dictamen, vencido el plazo legal para apelar sin que se haya presentado recurso alguno y por la comunicación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica jurisdiccional para su conocimiento.

32.5. Una vez recibido el expediente de la Comisión Médica Central, la Comisión Médica jurisdiccional procederá a emitir el dictamen final.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TR**SOLICITUD DE INTERVENCION**COMISION MEDICA N° FECHA LOCALIDAD

EXPEDIENTE N° :

MOTIVO DE LA PRESENTACIONExtender el plazo de una ILP/Provisoria Homologación de ILPP Definitiva
Carácter definitivo de las ILP. Art. 20, apartado 2, Ley 24.557**DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGU**

NOMBRE:

CODIG

SINIESTRO N° :

DOMICILIO LEGAL :

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

C.U.I.L. N° :

Domicilio real (donde reside actualmente):

Localidad:

Provincia:

C.P.:

T.E.:

Domicilio constituído (donde desea ser notificado):

Localida

Provincia:

C.P.:

T.E.:

Sexo:

Doc. de Ident.(Tipo y N°):

Fecha de na

Miembro hábil: Derecho / Izquierdo

Lee y escribe:

SI/ NC

Fecha de ingreso al establecimiento: / /

Tarea/s habitual/es del trabajador:

Antigüed

Tarea en el momento del siniestro:

Código M

Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno

Horario que cumple habitualm

35. Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. Este domicilio puede ser cualquier tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.

6. Datos del damnificado:

36. Apellido y nombre: consignar el que corresponda en forma completa, omitiendo iniciales.

37. Número de C.U.I.L. del damnificado.

38. Domicilio real - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del domicilio en que el damnificado recibe las notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.

39. Domicilio constituido: donde desea ser notificado.

40. Sexo: Consignar sexo del damnificado.

41. Consignar tipo y N° de documento del damnificado.

42. Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.

43. Miembro hábil: Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.

44. Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.

45. Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y/o empresa donde se desempeña/ba.

46. Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba.

47. Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.

48. Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba.

49. Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.

50. Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro.

7. Datos del Empleador:

51. Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.

52. C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.

53. Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.

54. Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código correspondiente.

8. Datos del Siniestro:

55. Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.

56. Fecha del siniestro: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, consignar la fecha de inicio de la enfermedad.

57. Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.

58. Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección, CUIT, Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal.

59. Breve relato de las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.

60. Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.

61. In itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial.

62. Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.

9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean de competencia exclusiva del prestador.

10. Firma y sello del solicitante: Consignar el cargo o función de la persona que efectúa la presentación.

SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE	
COMISION MEDICA N°	FECHA
LOCALIDAD	
EXPEDIENTE N° :	
<u>MOTIVO DE LA PRESENTACION</u>	
Silencio de la Aseguradora	<input type="checkbox"/> Divergencia en la ILT o I
Rechazo de la denuncia	<input type="checkbox"/> Divergencias en las presta
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>	
Apellido y Nombre:	C.U.I.
Domicilio:	Localidad:
Provincia:	C.P.:
Sexo:	Doc. de Ident.:
Lee y escribe: SI / NO	Fecha de nacimiento:
Miembro hábil: Der. / Izq.	Fecha de ingreso al establecimiento:
Tarea/s habitual/es del trabajador:	Antigüedad:
Tarea en el momento del siniestro:	Código M:
Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno	Horario que cumple habitualmente:
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>	
NOMBRE:	CODIGO:
DOMICILIO LEGAL :	
SINIESTRO N° :	

<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>	
Razón Social:	C.U.I.T.:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Provincia:	
Actividad principal del establecimiento:	Código:

<u>DATOS DEL SINIESTRO</u>	
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD PROFESIONAL
Fecha (*): / /	Hora inicio jornada: Hora de término:
Lugar del accidente:	Establecimiento:
Sección:	
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Provincia:	
Breve relato de las circunstancias:	
Diagnóstico: (según certificado de atención)	
(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.	
IN ITINERE	Denuncia policial SI / NO N°: Comisario:
Testigos:	1° Nombre y Apellido: Doc. Id.
	2° Nombre y Apellido: Doc. Id.

<u>DATOS DEL PRESTADOR</u>	
Nombre:	T.
Domicilio:	Localidad: C.P.: P.

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE:

En calidad de:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:

INSTRUCTIVO ANEXO B

Solicitud del Trabajador o Derechohabiente

El formulario debe ser completado por el trabajador o derechohabiente que formalice ante la Comisión Médica la solicitud.

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige el trabajador.
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según el formulario.
5. Datos del damnificado: Consignar:
 - o Apellido y nombre: consignar el que corresponda, omitiendo iniciales.

- o Número de C.U.I.L. del damnificado.
 - o Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del domicilio en que el damnificado fue víctima del siniestro y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
 - o Sexo: Consignar sexo del damnificado.
 - o Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
 - o Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.
 - o Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.
 - o Miembro hábil: Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.
 - o Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y/o empresa donde se desempeñaba el damnificado.
 - o Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeñaba el damnificado.
 - o Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.
 - o Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado.
 - o Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.
 - o Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro.
6. Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:
- o NOMBRE - CODIGO N° : Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.
 - o Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. Este domicilio puede ser distinto al tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.
 - o Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
7. Datos del Empleador:
- o Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
 - o C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.
 - o Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
 - o Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código correspondiente.
8. Datos del Siniestro:
- o Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
 - o Fecha del siniestro: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, consignar la fecha de inicio de los síntomas que ocasionaron el accidente de trabajo.
 - o Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
 - o Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección, CUIT, Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal.
 - o Breve relato de las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
 - o Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
 - o In-itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial.
 - o Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.
 - o Testigos: Consignar los datos de dos testigos del siniestro (si los hubiera).
9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean de carácter técnico.
10. Firma y aclaración del solicitante: Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y, si es el damnificado, su firma.
11. Firma y sello del profesional de la salud: Consignar nombre y apellido del profesional de la salud interviniente y su sello.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO**NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO**

COMISION MEDICA N°

FECHA

LOCALIDAD

EXPEDIENTE N° :

PARTE A NOTIFICAR :

MOTIVO DE INTERVENCIÓN DE LA COMISIÓN MÉDICA

Extender el plazo de una ILP/Provisoria

Homologación de ILPP

Carácter definitivo de las ILP.

Art. 20, apartado 2, Ley

Silencio de la Aseguradora

Divergencia en la ILT o

Rechazo de la denuncia

Divergencias en las pres

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

C.U.I.L.:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

T.E.:

DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO

Nombre:

Código N°:

Domicilio Legal:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

T.E.:

Sinistro N°:

<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:	C.U.I.T.:	
Domicilio:		
Localidad:		
Provincia :	C.P. :	T.E.:
Actividad principal del establecimiento:		
<p>Notificamos a Ud. que:</p> <p>Deberá presentarse/la Comisión Médica se presentará, el día / / , a las</p> <p>.....</p> <p>para Audiencia y/o al Examen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la solicitud de ésta Comisión Médica. Asimismo, se le <u>INTIMA</u> a presentar los antecedentes del caso para de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (Art.13, Dto. 717/95).</p>		

Firma		Aclaración

INSTRUCTIVO ANEXO C

Notificación para Audiencia y/o examen médico

Objetivo: Citar fehacientemente a las partes, para su comparecencia destinada a efectuar la audiencia y/o examen médico.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Parte a notificar: Mencionar a quién está dirigida esta notificación
6. Motivo de intervención de la Comisión Médica: consignar según la Solicitud de Intervención o la Solicitud del Trabajo.
7. Datos del damnificado: Consignar apellido, nombre, C.U.I.L., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
8. Datos de ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Consignar nombre, código, domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono. Indicar el siniestro asignado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
9. Datos del empleador: Consignar nombre y apellido o razón social, C.U.I.T., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono, actividad del establecimiento.
10. Presentarse/la comisión médica se presentará: tachar lo que no corresponda.
11. Indicar el día, mes, año y hora en que la parte deberá presentarse en la Comisión Médica, o la Comisión Médica.
12. En: indicar la dirección donde las partes deberán presentarse en la Comisión Médica, o en el domicilio del damnificado.
13. La presente debe ser firmada por el coordinador de la Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ACTA DE AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE DE INC

COMISION MEDICA N°

FECHA

LOCALIDAD

EXPEDIENTE:

DAMNIFICADO:

C.U.I.L. N°

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:

CODIGO N°:

SINIESTRO N°

EMPLEADOR NO ASEGURADO:

AUDIENCIA

Concurrentes a la Audiencia:

Motivo de la presentación:

Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado:

Preexistencias:

Fecha del siniestro:

Descripción del siniestro:

Tratamientos efectuados:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADA

Incapacidad otorgada por la ART/Autoasegurada/Empresa no asegurada:

<u>EXAMEN FISICO</u>		
Miembro superior hábil:		
Causa o descripción de la dificultad para desarrollar la tarea:		
<u>DIAGNOSTICO</u>		
<u>INDICACIONES</u>		
<u>EMPLAZAMIENTO A LA ASEGURADORA, EMPLEADOR AUTOAS O EMPLEADOR NO ASEGURADO</u>		
PLAZO:		
<u>PROXIMA AUDIENCIA O FECHA DE DICTAMEN</u>		
Lugar:		
Fecha:		
Hora:		
<u>Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por la</u>		
DAMNIFICADO Firma y Aclaración	ART/AUTOASEGURADA Firma y Aclaración	PERITO Firma y Aclaración
COMISION MEDICA Firmas y Aclaraciones		

INSTRUCTIVO ANEXO D

Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral

Objetivo: Dejar constancia de lo actuado en cada Audiencia y/o Examen Médico a que sea sometido el damnificado.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica, y será suscrita por la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.

6. CUIL: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
 7. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Consignar los datos correspondientes.
 8. CODIGO N°: Consignar el número de código correspondiente a la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
 9. EMPLEADOR: indicar el nombre del mismo.
 10. SINIESTRO: Colocar el N° de siniestro dado por la ASEGURADORA o por el EMPLEADOR AUTOASEGURADO.
 11. Audiencia: Consignar los datos que se solicitan según los aportes que efectúen las partes y descargos que realicen.
 12. Estudios complementarios y/o documentación presentados: Consignar los estudios complementarios, prácticas y/o informes.
 13. Incapacidad otorgada por... : transcribir lo fijado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
 14. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
 15. Causa o dificultad para desarrollar la tarea: especificar los motivos.
 16. Diagnóstico: Detallar el diagnóstico.
 17. Indicaciones: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica en los trámites por divergencias: Estudio de divergencias.
 18. Emplazamiento a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado: Detallar los estudios, informes, peritajes, cargo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado. Registrar la documentación correspondiente. Autoasegurado o Empleador no asegurado. Consignar el plazo otorgado para la entrega de los mismos.
 19. Próxima Audiencia o fecha de dictamen: Consignar lugar, fecha y hora a realizarse.
 20. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado.
- FIRMAS**
21. Firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.
 22. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.
 23. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
 24. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica (como mínimo 2 - dos - miembros).

ORDEN DE ESTUDIO Y/O PRACTICA PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD	
COMISION MEDICA N°	FECHA
LOCALIDAD	
EXPEDIENTE N° :	
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:	
CODIGO N°	SINIESTRO N°
EMPLEADOR:	
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>	
Apellido y Nombre:	
Domicilio:	Localidad:
Provincia:	T.E.:
<u>ESTUDIOS Y/O PRACTICAS SOLICITADOS</u>	

INSTITUCION Y LUGAR DONDE SE EFECTUARAN LOS ESTUDIOS	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	Localidad: _____
Provincia: _____	T.E.: _____
LUGAR DE REALIZACIÓN: _____	
Fecha de realización: ____ / ____ / ____	
Hora: _____	
.....	
FIRMA DE LA COMISION MEDICA	

INSTRUCTIVO ANEXO E

Orden de Estudio y/o práctica para Trámite de Incapacidad Laboral

Objetivo: Notificar a las partes y al prestador el (los) Estudio(s) o prácticas que deberán realizarse.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: colocar el nombre.
6. Código N° - Siniestro N°: consignar los números correspondientes.
7. Empleador: mencionar los datos de la razón social.
8. Datos del damnificado: consignar apellido, nombre, C.U.I.L., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
9. Estudios y/o prácticas solicitados: indicar claramente los estudios, prácticas y/o interconsultas que deberán realizarse de acuerdo a la "Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales", "Tabla de Evaluación de Enfermedades Profesionales", "Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales" o legislación laboral vigente.
10. Institución y lugar donde se efectuarán los estudios y/o prácticas: consignar nombre de la Institución que los realizará de acuerdo al punto anterior.
11. Colocar fecha y hora de realización de dichos estudios o prácticas.
12. La presente debe ser firmada por los dos médicos intervinientes en el trámite a los que se la asignó el expediente.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO**DICTAMEN DE COMISION MEDICA POR INCAPACIDAD**

COMISION MEDICA N°:

FECHA ____/____/____

LOCALIDAD**EXPEDIENTE N° :**

Fecha de solicitud de intervención: ____ / ____ / ____

DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

Doc. de Identidad N° :

C.U.I.L.L. N° :

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Miembro

Tarea:

Código N°

Antigüedad en la empresa

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO**CODIGO N° :****SINIESTRO N°:****EMPLEADOR:**

C.U.I.T.

Domicilio:

Tel.:

Actividad:

Código:

FUNDAMENTOS

(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado

Solicitante y motivo de la Intervención:

Fecha del siniestro:

Hora:

Establecimiento y domicilio del siniestro:

Sector:

Puesto o Tarea:

Descripción del siniestro:

Tratamiento efectuado:

Duración:

<u>CONCLUSIONES</u>		
En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas N°		
Modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado:		
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>		
<u>CONTINGENCIAS</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD INCURABLE	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	ACCIDENTE NO LABORAL	
Fecha de revisión de la incapacidad por Asegurador/Empleador Autoasegurado		
Plazo legal para dictaminar incapacidad definitiva: / /		
<u>INCAPACIDAD</u>		
LESIONES		
Miembro Superior Hábil:		
Subtotal:		
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%) % del		
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%) % del		
Edad: Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)		
TIPO:	GRADO:	PORCENTAJE:
CARÁCTER:	GRAN INVALIDEZ:	SI
.....		
COMISION MEDICA		
Firmas y aclaraciones		

INSTRUCTIVO ANEXO F

Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la incapacidad laboral, tanto física como psíquica del damnificado o

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.

2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.

3. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.

4. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Tránsito"

DAMNIFICADO

5. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
6. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
7. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
8. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
9. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría laboral) y el código internacional.
10. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
11. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
12. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
13. Empleador: Consignar nombre del mismo.
14. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
15. Domicilio, teléfono, actividad y código de la misma: consignar los datos del empleador.
16. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para o especialmente el agente y la actividad laboral).
17. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de Mencionar el código OMS.
18. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16) y si el dictamen indicando dónde quedó registrada la sesión realizada por la Comisión en la que se emite el dictamen en cuestión.
19. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, pro
20. Contingencias: Señalizar una de las posibles.
21. Fecha de revisión de incapacidad: Consignar día, mes y año.
22. Plazo legal para dictaminar el carácter definitivo de la incapacidad: Consignar día, mes y año.

INCAPACIDAD

23. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
24. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).
25. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las posibles opciones y el valor (porcentaje)
26. Tipo: Mencionar temporaria o permanente
27. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, parcial o total.
28. Porcentaje: Valor otorgado.
29. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es provisoria o definitiva.
30. Gran invalidez: Marcar lo que corresponda.
31. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integrantes)

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
DICTAMEN DE COMISION MEDICA PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES	
COMISION MEDICA N°:	FECHA / /
LOCALIDAD	
EXPEDIENTE N° :	
Fecha de solicitud de intervención: / /	Fecha del acuerdo: / /

DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

Doc. de Identidad N° :

C.U.I.L.L. N° :

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Miembro:

Tarea:

Código N°

Antigüedad en la empresa:

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO

CODIGO N° :

SINIESTRO N°:

EMPLEADOR:

C.U.I.L.L.

Domicilio:

Tel.:

Actividad:

Código:

FUNDAMENTOS

(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado)

Solicitante y motivo de la Intervención:

Fecha del siniestro:

Hora:

Establecimiento y domicilio del siniestro:

Sector:

Puesto o Tarea:

Descripción del siniestro:

Tratamiento efectuado:

Duración:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

Preexistencias:

Examen Físico: / / . hs.

Causa o dificultad para desarrollar la tarea:

Estudios y/o Documentación presentada:

Incapacidad otorgada por Asegurador/Empleador Autoasegurado en el acuerdo presentado:

Emplazamientos efectuados a Aseguradora/Empleador Autoasegurado (registrar los meses en los que se cumplimentó):

DIAGNOSTICO

CODIGO OMS:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

8. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
 9. Sexo y miembro superior hábil: Indicar lo que corresponda.
 10. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y el código internacional.
 11. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
 12. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
 13. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o El Empleador Autoasegurado.
 14. Empleador: Consignar nombre del mismo.
 15. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
 16. Domicilio, teléfono, actividad y su código: consignar los datos del empleador.
 17. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para o especialmente el agente y la actividad laboral).
 18. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de Mencionar el código OMS.
 19. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16) y si el dictamen homólogo la sesión de la Comisión en que se emitió el dictamen.
 20. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, pro
 21. Contingencias: Señalar una de las posibles.
- INCAPACIDAD**
22. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
 23. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).
 24. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las distintas opciones y el valor (porcenta
 25. Porcentaje: Valor otorgado.
 26. Se modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado: tachar lo que corresponda.
 27. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integ

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA CENTRAL POR INCAPACITACION			
EXPEDIENTE N° :			
FECHA / /		HORA :	
Fecha de solicitud del recurso: / /			
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad N° :		C.U.I.L N° :	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Miembro:
Tarea:	Código N°	Antigüedad en la empresa:	
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO			
CODIGO N° :		SINIESTRO N°:	
EMPLEADOR:			C.U.I.T.:
Domicilio:			Tel.:
Actividad:			Código:
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado)			
Solicitante y motivo de la Apelación:			
Dictamen de la Comisión Médica:			
Alegato del recurrente:			
Alegato de la contraparte:			

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

Preexistencias:

Examen Físico: / / . hs.

Estudios y/o Documentación presentada:

Estudios y/o Documentación solicitados por la Comisión:

DIAGNOSTICO

CODIGO OMS:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDIC

<u>CONCLUSIONES</u>		
En la sesión del / / , registrada en el Libro de Actas N° , folio N° ,		
Dictamen de La Comisión Médica recurrido: Confirmado / Revocado		
<u>CONTINGENCIAS</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD INCU	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	ACCIDENTE NO L.A.	
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>		
<u>INCAPACIDAD</u>		
LESIONES		
Miembro Superior Hábil:		
Subtotal:		
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%)		% de
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)		% de
Edad: Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)		
TIPO:	GRADO:	PORCENTAJE:
CARÁCTER:	GRAN INVALIDEZ: SI	
Se modifica lo establecido por la Aseguradora o el Empleador: Autoasegurado: SI / NO		

COMISION MEDICA		
Firmas y aclaraciones		

INSTRUCTIVO ANEXO H

Dictamen de Comisión Médica Central por Trámite de Incapacidad Laboral

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la incapacidad laboral, tanto física como psíquica del damnificado o

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica Central.

Contenido:

1. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. Fecha de solicitud del recurso: consignar la fecha indicada en el mismo.

DAMNIFICADO

4. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
5. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
6. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
7. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
8. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y su código internacional.

9. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
10. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
11. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
12. Empleador: Consignar nombre del mismo.
13. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
14. Domicilio, teléfono, actividad y su Código: consignar los datos del empleador.
15. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para o especialmente el agente y la actividad laboral).
16. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de Mencionar el código OMS.
17. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16), mencionar si el dicta en que sesión se registró la resolución.
18. Contingencias: Señalar una de las posibles.
19. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.

INCAPACIDAD

20. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
21. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).
22. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las posibles opciones y el valor (porcentaje)
23. Tipo: Mencionar temporaria o permanente.
24. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, parcial o total.
25. Porcentaje: Valor otorgado.
26. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es provisoria o definitiva.
27. Gran invalidez: Marcar lo que corresponda.
28. Se modifica lo establecido por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado: marcar lo que corresponda.
29. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica Central (mínimo

ANEXO I

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ACUERDO PARA DETERMINAR LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PARCIAL DEFINITIVA

Datos a completar por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

Lugar: Fecha: // Hora: / Siniestro N°

Fecha del siniestro: // Fecha de alta: //

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:

EMPLEADOR: CUIT:

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

TRABAJADOR:

Doc. de Identidad (tipo y N°): CUIL:.....

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

Tarea habitual: Código: Tarea actual:.....

Miembro superior hábil: Edad:.....

Preexistencias: (Preocupacional / Dictámenes / Sentencias).....

Capacidad restante:

Accidente de Trabajo: SI / NO Enfermedad Profesional: SI / NO

Estudios complementarios.....

Diagnóstico/s del siniestro:

Secuelas Incapacitantes:

..... Código OMS(CIE10):.....
Dificultades para las Tareas Habituales (explicarlas):.....

Prestaciones en especie a brindar:.....

Lesiones y porcentaje de las Incapacidades Laborales según Tabla:

1. %
2. %
3. %
4. %

Porcentaje subtotal %

FACTORES DE PONDERACION:

Tipo de actividad: % del% %

Reubicación laboral: % del% %

Edad: % %

INCAPACIDAD TOTAL:

Tipo: PERMANENTE Grado: PARCIAL Porcentaje: %

Carácter: DEFINITIVA

.....
Se conviene en iniciar "Trámite de Homologación"
.....

.....
Representante Area Médica Damnificado Asesor Médico del Damnificado

Aseguradora, Empleador

Autoasegurado

INSTRUCTIVO ANEXO I

FORMULARIO DE ACUERDO

OBJETIVO: Registrar el acuerdo entre las partes para iniciar el Trámite para la Homologación de las Incapacidades

EMISION: Estará a cargo de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.

Contenido:

1. Lugar, fecha y hora: Indicar la localidad, día, mes, año y hora en que se realice.
2. Siniestro N°: Número correlativo otorgado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado al hecho.
3. Fecha de siniestro: Día, mes y año de ocurrido el siniestro.
4. Fecha de Alta: Día, mes y año del Alta dada al damnificado.
5. Aseguradora, Empleador Autoasegurado: nombre de la misma
6. Código: número otorgado a la Aseguradora, Empleador Autoasegurado, por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo
7. Trabajador: Nombre y apellido del damnificado.
8. Doc. de Identidad y CUIL: tipo y número del documento y el número de CUIL del damnificado sin separadores de puntos
9. Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del damnificado.
10. Empleador: Nombre de la Razón Social.
11. CUIT: CUIT del empleador sin separadores de por medio.
12. Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del empleador.
13. Tarea habitual: descripción de la realizada en el siniestro (No colocar la categoría).
14. Código N°: colocar el código de actividad del trabajador.
15. Tarea actual: descripción de la realizada luego del alta laboral.
16. Miembro hábil: mencionar cuál es.
17. Edad: años al momento del acuerdo.
18. Preexistencias: mencionar las secuelas incapacitantes previas que presenta el trabajador.
19. Capacidad restante: hacer el cálculo correspondiente.
20. Accidente de Trabajo / Enfermedad Profesional: marcar lo que corresponda.
21. Estudios complementarios: mencionar los efectuados, fechas y resultados de los mismos.
22. Diagnóstico del siniestro: Indicar las lesiones ocurridas en el mismo.
- Secuelas Incapacitantes: especificar las que presenta al momento de efectuar el acuerdo y el número de la CIE 10 de
23. Dificultades para las Tareas Habituales (Explicarlas): Detallar en qué consisten.
24. Prestaciones en especie a brindar: Mencionar las que recibirá al damnificado luego de establecida la incapacidad

Original: Para el expediente.

Copias: Un ejemplar.

Contenido

1. Localidad: Nombre de la localidad de la Comisión Médica.
2. Fecha: Fecha de apertura del Expediente.
3. N°: Número de Expediente asignado.
4. Tipo de Trámite Solicitado: Nombre del Trámite Solicitado.
5. Apellido y Nombre del Damnificado: Datos del damnificado.
6. C.U.I.L.: Del Damnificado.
7. ASEG./AUTOA.: Nombre de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
8. Código Nro.: Indicar el número de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
9. Folios útiles: Colocar el N° de fojas presentada por el solicitante.
10. Siniestro N°: Número de siniestro asignado en la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
11. Empresa: indicar la razón social del empleador.
12. C.U.I.T.: del empleador.
13. Solicitante: identificación del solicitante.
14. C.U.I.T., C.U.I.L. o Tipo y N° de Documento: del solicitante, si correspondiere.
15. Domicilio: Domicilio del Solicitante.
16. Localidad: Indicar la localidad que corresponda al domicilio del Solicitante.
17. Código postal: Indicar el código de la localidad que corresponda.
18. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.
19. Resumen: consignar los datos sobresalientes.

Médicos Asignados: consignar los médicos de la Comisión Médica a los que les fue asignado el expediente.

CAPITULO 2

TRAMITE PARA LA HOMOLOGACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES

1. Consideraciones Generales:

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el trámite de HOMOLOGACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS para garantizar la estabilidad de la establezca.

2. Consideraciones Particulares:

2.1. La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado propondrá al damnificado la firma del acuerdo entre las partes o al notificarle la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado de las condiciones de la misma, de acuerdo al formulario según corresponda.

2.2. Para la determinación de la incapacidad laboral permanente parcial definitiva por parte de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado se tendrá en cuenta el diagnóstico preocupacional del damnificado, su historia laboral, sus antecedentes siniestros y su estado actual.

2.3. En caso de aceptar el damnificado la incapacidad propuesta por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado a partir de la fecha del alta médica del damnificado, la que se demostrará con el formulario C del Anexo II de las Resoluciones.

2.4. La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado será la encargada de iniciar el trámite.

2.5. La solicitud deberá presentarse dentro de los QUINCE (15) días hábiles de realizado el acuerdo.

3. Evaluación del expediente

3.1. En el Punto 6.2 del Capítulo 1 reemplazar por

6.2. El Coordinador de la Comisión Médica procederá a realizar una evaluación del acuerdo a que arribaron las partes, la "Evaluación de incapacidades laborales", el "Listado de enfermedades profesionales" y el "Manual de procedimientos". A su vez controlará que los plazos establecidos para la firma del acuerdo y para la presentación se hayan cumplido, dejando constancia de ello en el expediente y en el dictamen.

Cuando de la documentación obrante en el expediente surja que el damnificado presenta incapacidades por preexistencia de sesenta y seis (66) por ciento, se deberá suspender el trámite de homologación e instruir a las partes para que soliciten la Incapacidad Laboral Permanente Total. Se dejará constancia en el expediente de lo expuesto y de las notificaciones por escrito.

4. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

4.1. En el Punto 7.2 del Capítulo 1 reemplazar por

Si una de las partes no se presentara a la nueva citación, finalizará el trámite de homologación. En este caso el damnificado podrá solicitar la homologación de un acuerdo al que arribaron las partes, la Comisión Médica.

5. Audiencia y/o examen médico

5.1. En el Punto 9.1.6. del Capítulo 1 reemplazar por el siguiente texto:

Para los casos en que se solicite la homologación de un acuerdo al que arribaron las partes, la Comisión Médica

incapacidad que posee (Tipo, Grado, Porcentaje y Carácter) y las prestaciones en especie que se deban seguir brindando para determinar la I.L.P.P definitiva" (Anexo I) que acompaña la Solicitud de Intervención y con las herramientas soportadas. Los procedimientos y herramientas que aplique la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado para arribar al diagnóstico, la Comisión Médica para evaluar si son compatibles, serán los reglados por la Ley de Riesgos del Trabajo, a saber:

- o Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto N° 658/96)
- o Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de Enfermedades Profesionales (Laudo M.T.S.S. N° 405/96)
- o Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto N° 659/96)

En los casos involucrados, realizada la evaluación y el examen físico, se pueden presentar los siguientes casos:

5.1.2. Si la Comisión Médica detecta falencias en los acuerdos presentados (errores de procedimientos, falta de emplazamiento a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado en el Acta de Audiencia y/o examen médico para que presenten en un día un nuevo acuerdo que cumpla con los procedimientos establecidos en la LRT o los estudios complementarios en cuestión, bajo apercibimiento de emitir dictamen con la documentación obrante en el expediente.

Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado presentara la documentación o el nuevo acuerdo según lo solicitado, la documentación o el nuevo acuerdo cumplen con lo requerido, procediendo a dejar constancia de ello, para luego continuar con el trámite.

5.1.3. Si del estudio del acuerdo no se observaran diferencias con lo establecido por la Comisión Médica, se procederá de acuerdo al artículo 14 del Capítulo 1, "Dictamen".

6. Dictamen

6.1. En el Punto 14.1. del Capítulo 1 reemplazar por el siguiente texto:

En las Solicitudes de Intervención para la homologación de acuerdos entre las partes, se pueden presentar los siguientes casos:

a) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" -Anexo I- cuando los acuerdos presentados son compatibles con las herramientas de la LRT o de aquellos que se presentaron luego del emplazamiento y que a continuación se detallan:

b) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" -Anexo I- cuando los estudios complementarios no se pueda acreditar el diagnóstico o cuando la incapacidad mencionada en el acuerdo no sea compatible con las herramientas de la LRT.

Se dejará constancia en el dictamen, cuando vencido el plazo para incorporar al expediente la documentación requerida, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no lo hubieran presentado.

En ambos la Comisión Médica fijará el tipo, el grado, el porcentaje y el carácter de la Incapacidad y las prestaciones en especie que se deban seguir brindando.

7. Recurso del dictamen

Incorporar como Punto 16.2.10. del Capítulo 1:

16.2.10. Los dictámenes efectuados por las Comisiones Médicas que Homologan las Incapacidades Laborales Permanentes.

CAPITULO 3

TRAMITE PARA DIVERGENCIAS E INCAPACIDADES LABORALES ANTE LA SOLICITUD DE UN TRABAJADOR ASEGURADO O ANTE LA SOLICITUD DE INTERVENCION DE UN EMPLEADOR NO ASEGURADO

1. Consideraciones Generales

La Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 en su Art. 28 inciso 1° establece que el empleador que omitiese afiliarse a la obra social, deberá pagar las prestaciones previstas en la Ley.

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Capítulo 1, "Dictamen", para el trámite de las INCAPACIDADES LABORALES ANTE LA SOLICITUD DE UN TRABAJADOR QUE PERTENECE A UN EMPLEADOR ASEGURADO Y DE LAS DIVERGENCIAS ANTE LA INTERVENCION DE UN EMPLEADOR NO ASEGURADO, éstos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Armado del expediente

Sin perjuicio de lo dispuesto en el Capítulo 1°, puntos 3, 4, 5 y 6:

El Damnificado o el Derechohabiente presentará el formulario de la Solicitud, con todos los requisitos establecidos en el Anexo I.

2.1.1. Identificar correctamente al empleador involucrado.

2.1.2. Acreditar fehacientemente la relación laboral por medio de recibo de sueldo, contrato laboral o documento equivalente, presentando los originales a la denuncia.

2.1.3. En los recibos de haberes deben figurar según la legislación vigente, los datos del empleador, su dirección, el monto de la prestación, la tarea desarrollada, el período abonado, fecha de ingreso al establecimiento, el lugar y la fecha de pago.

2.1.4. En los contratos laborales deben constar los datos identificatorios de ambas partes, el domicilio del empleado, el tipo de contrato, el monto contractual y la fecha de inicio del contrato.

2.1.5. La documentación deberá a la fecha de la presentación ante la Comisión, tener menos de dos (2) años desde su emisión o de haber sido brindada.

2.1.6. Los trabajadores que fueron contratados por Empresas de Servicios Eventuales para desarrollar tareas en un establecimiento de las empresas de servicios.

2.2. En los casos que no tuviera documentación probatoria o manifestara ser un trabajador no incorporado a la obra social, al momento de la iniciación del trámite, deberá solicitar:

2.2.1. Un Procedimiento Sumarísimo (Información Sumaria) previsto para las acciones meramente declarativas o la misma deba acreditarse (por ej.: presentación ante el Juez, audiencia con testigos y sentencia) o la intervención contractual y demostrar la misma con la copia del informe de la inspección en donde se haya comprobado su relación.

2.3. La Comisión deberá aclarar al trabajador los trámites a seguir e informar la ubicación del Organismo Laboral Provincial. En el caso de estar distantes dichos organismos, el trabajador podrá llamar en el horario de 10 a 18 hs., al Tel. 0-800-1234567 Trabajo y Seguridad Social, donde se registrará su denuncia telefónica y el mismo día la Dirección Nacional dará curso a la denuncia en la región.

En la Ciudad de Buenos Aires se deberán dirigir al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mientras no existan acuerdos. La Comisión Médica podrá corroborar si el empleador tiene declarado al trabajador en el organismo que controla, mediante un correo electrónico o un fax, comunicándose con el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, pudiendo ingresar conociendo un nombre de la Razón Social, C.U.I.L. del trabajador, C.U.I.T. del empleador, etc.

El Empleador no asegurado solamente podrá presentar una Solicitud de Intervención luego de haberle brindado la oportunidad de otorgarle las prestaciones dinerarias estipuladas por la Ley. La solicitud deberá estar acompañada de la documentación correspondiente. Deberá incorporarse al Punto 4 del Capítulo 1º del presente anexo, el siguiente punto: "4.1.5. El trabajador no asegurado denunciado".

3. Citación a las partes

Incorporar el Punto 6.3.4.2.5. al Capítulo 1º, reemplazar por

6.3.4.2.5. Remitir con una antelación mínima de (3) días el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" a la empresa denunciada dejando constancia en el expediente.

4. Audiencia y/o examen médico

Sin perjuicio de lo normado en el Punto 9 del Capítulo 1º, se establece que a la audiencia y/o examen médico deben concurrir el damnificado, quien podrá estar acompañado de su asesor médico.

Realizada la audiencia, se pueden presentar los siguientes casos:

4.1. Si ante la solicitud del damnificado, la empresa reconociera la relación laboral y aceptara o rechazara la contingencia, se deberá informar al trabajador con los procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos.

4.2. Si ante la solicitud del damnificado, la empresa desconociera la relación laboral, a pesar de la documentación presentada, se deberá dejar constancia en el expediente de tal situación.

En este caso la Comisión Médica deberá indicar al trabajador los posibles trámites a seguir, según lo expuesto en el presente anexo. Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si el Empleador se allanare a la pretensión del recurrente.

Se deberá emitir un "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo D) y emitir un dictamen según el punto 14 del capítulo 1º, Dictamen de la Comisión Médica.

4.3. En los casos aludidos deberá reemplazarse el punto 9.1.10.1.4 del Capítulo 1º del presente anexo, el que quedará reemplazado por el siguiente: "4.3.1. En los casos aludidos deberá entregarse el duplicado al damnificado y el triplicado al Empleador no asegurado del Acta de Audiencia y/o Examen Médico. Se considerará debidamente notificados de la citación a la 2ª audiencia o de la fecha del dictamen a las partes."

Se incorporará al final del Punto 9º del Capítulo 1º mencionado, el siguiente texto:

9.2. El Coordinador deberá informar los datos del Empleador no asegurado a la Subgerencia de Salud Laboral de la Provincia de Buenos Aires, por fax, cuando se confirme que éste no tenía contratada una Aseguradora a la fecha del siniestro denunciado, a fin de dar cumplimiento a la legislación vigente.

14. Dictamen

Reemplazar el punto 14.1.1.2.2 del capítulo 1º del presente anexo, el que quedará redactado de la siguiente forma: "14.1.1.2.2. CAPITULO 4

CAPITULO 4

TRAMITE SUMARISIMO PARA DIVERGENCIAS

1. Consideraciones Generales:

Se entiende por Trámite Sumarísimo aquel que requiera una resolución urgente por parte de la Comisión Médica.

Se incluyen en esta definición aquellos casos que puedan afectar el cuadro nosológico del damnificado por falta de atención médica y/o Farmacéuticas por el rechazo de la Indole Laboral del Accidente o Profesional de la Enfermedad por parte del trabajador no asegurado.

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual de Procedimientos para el Trámite Sumarísimo; éstos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Armado del expediente

Sin perjuicio de lo indicado en el punto 6º del Capítulo 1º, el Administrativo de la Comisión Médica deberá armar el expediente facilitando los pasos a seguir por el expediente. Asimismo, el Coordinador de la Comisión Médica procederá a recibir los documentos recibidos, en forma inmediata.

2.2. Citación a las partes

2.2.1. Respecto a la citación establecida en el Punto 6.3.4.1, el Administrativo de la Comisión Médica deberá emitir

(Anexo C) por triplicado o más (según corresponda). La Audiencia deberá practicarse dentro de los TRES (3) días de ausencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado se continuará con el trámite. Aclárese que en los casos alcanzados por el presente capítulo, en lo referido al punto 6.3.4.2, se deberá remitir el dictamen al damnificado, mediante notificación fehaciente antes de las 24 hs. de iniciado el trámite, ya sea citando al mismo en su domicilio. Se podrá fijar fecha de la audiencia correspondiente al momento de ser presentada la solicitud. Deberá, con la "Solicitud y/o Examen Médico" y copia de la "Solicitud" (Anexo B), mediante notificación fehaciente, a la Aseguradora, en una constancia en el expediente.

3. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

Sin perjuicio de lo establecido en el punto 7 del capítulo 1º del presente anexo, dispónese que si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado no comparece a la Audiencia, se procederá a continuar con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

4. Audiencia y/o examen médico

No obstante lo reglado en el capítulo 1º, debe considerarse que realizada la evaluación, se pueden presentar los siguientes casos:

4.1. En el supuesto que del examen físico y de los estudios aportados no se pueda confirmar la patología denunciada, se deberán realizar interconsultas con especialistas para arribar al diagnóstico, el Coordinador deberá contactarse con los prestadores de servicios de salud.

4.1.1. Indicar los estudios necesarios, según el Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales y prácticas especiales según la legislación laboral.

4.1.2. Concretar con los Profesionales o Entidades que se encuentren en el "Listado de Prestadores" el día y hora de la Audiencia.

4.1.3. Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" Anexo E, por triplicado.

4.1.4. Entregar a la parte que corresponda, en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto sólo por el destinatario de la Audiencia Laboral".

4.1.5. Entregar a la otra parte el duplicado de la "Orden de Estudios".

4.1.6. Incorporar al expediente el triplicado, firmado por ambas partes.

4.1.7. Fijar lugar, fecha y hora para una siguiente audiencia, la que no podrá extenderse más allá de CINCO (5) días de emitido el formulario de "Acta para Audiencia y/o Examen Médico".

4.1.8. Proceder a agendar los vencimientos de los plazos.

4.2. Si no fueran necesarios estudios y/o interconsultas con especialistas, se procederá a la emisión del dictamen según lo establecido en el punto 14.1.1.2 del capítulo 1º del presente anexo.

5. 2da. Audiencia

En los supuestos aplicables, se evaluarán los antecedentes junto con los estudios solicitados. En ese momento se emitirá el Dictamen Médico Trámite de Incapacidad Laboral de acuerdo al punto 14 del capítulo 1º, "Dictamen".

6. Dictamen

No obstante lo dispuesto en el punto 14.1 del capítulo 1º del presente anexo, se deberá emitir el formulario "Dictamen Médico Trámite de Incapacidad Laboral" quintuplicado, en el momento de la Audiencia para Examen Médico, es decir, a los TRES (3) días (primera audiencia) de iniciado el trámite, correspondiente.

6.1. En el Dictamen deberá constar:

6.1.1. Naturaleza laboral o inculpable de la contingencia.

6.1.2. Diagnóstico.

6.1.3. Tratamientos médicos y farmacéuticos indicados.

6.1.4. Fecha de declaración de la incapacidad, de corresponder.

6.2. En los casos alcanzados por el presente capítulo, deberá modificarse lo determinado en el punto 14.1.1.2 del capítulo 1º del presente anexo. Deberá notificarse a las partes en el momento de emisión del Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral de siguiente forma:

14.1.1.2.1. Original: al expediente, junto con los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

14.1.1.2.2. Duplicado: a la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.1.1.2.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.1.1.2.4. Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.

14.1.1.2.5. Quintuplicado: Archivo de dictámenes.

14.1.1.2.6. Sextuplicado o más: para las Entidades Previsionales, si hubieran intervenido".

CAPITULO 5

ARCHIVO DE LOS DICTAMENES ORIGINADOS EN LOS TRAMITES PARA LA HOMOLOGACION DE LOS DICTAMENES DEFINITIVOS ANTE LA AUTORIDAD PROVINCIAL DE TRABAJO

1. Consideraciones Generales

El Decreto N° 717/96 de la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 en su Art. 10 inciso 3. establece que la Autoridad Provincial de Trabajo podrá efectuar las Homologaciones de las I.L.P.P. Definitivas y en el instructivo del procedimiento de dicho trámite deberá emitir el Dictamen a las Comisiones Médicas para su registro y archivo.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Documentación

El Organismo Provincial de Trabajo deberá remitir todos los dictámenes en cuestión, en copia certificada por el Médico Administrativo y/o Resolución de la Autoridad competente con el que se concluyó la tramitación del expediente respectivo.

2.2. Procedimiento

El administrativo recibirá la documentación, la controlará y firmará el acuse de recibo.

Procederá a registrar en un libro para tal fin, los datos de:

2.2.1. Fecha de recepción

2.2.2. Número de C.U.I.L. o del Documento de Identidad del trabajador

2.2.3. Organismo Laboral

2.2.4. Número de Dictamen

2.2.5. Número de Resolución

2.2.6. Número de bibliorato donde se archiva

2.2.7. Archivará la documentación por el N° de CUIL o Documento de Identidad del trabajador en un bibliorato habilitado.

El Organismo Provincial de Trabajo la información que ésta disponga sobre los dictámenes recibidos de la Autoridad Laboral. Dichos datos deberán enviarse mensualmente.

CAPITULO 6

TRAMITE POR DIVERGENCIA EN LA NATURALEZA LABORAL DEL ACCIDENTE

1. CONSIDERACIONES GENERALES

El apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557 establece que la Comisión actuante deberá requerir un dictamen médico siempre que al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia sobre dicho aspecto, en aquellos siniestros ocurridos en el trabajo. Quedan exceptuados de seguir el presente procedimiento aquellos rechazos extemporáneos efectuados por las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo 717/96.

Este capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los ya existentes en el Capítulo 1 de la Ley 717/96, los ya existentes o los reemplazarán, según se establezca en cada caso.

2. CONSIDERACIONES PARTICULARES

2.1. Audiencia y/o examen médico.

2.1.1. Reemplazar el punto 9.1.10.1.2. del Capítulo 1 por el siguiente texto:

9.1.10.1.2. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales, se deberá requerir el Asesoramiento a las Comisiones Médicas para la emisión del correspondiente dictamen jurídico previo obligatorio -

2.1.2. Incorporar al punto 9.1.10.1.3. el siguiente texto:

En todos los casos en que quede planteada la divergencia en la naturaleza laboral del accidente se deberá dejar con efecto el Autoasegurado o el Empleador no Asegurado al rechazar la contingencia oportunamente denunciada por el trabajador.

2.1.3. Sin perjuicio de lo reglado en el punto 9 del capítulo 1°, se incorporarán los siguientes puntos:

9.2. El Coordinador de la Comisión Médica interviniente deberá remitir el expediente a la Unidad de Asesoramiento para la elaboración del dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557. Dicha remisión deberá ser en un plazo de DOS (72) hs. posteriores a la audiencia.

9.3. Recibido el expediente en la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas, el mismo será asignado en forma inmediata. Dentro de los días procederá a evaluar los actuados. Con el fin de reunir los elementos probatorios suficientes para emitir el correspondiente dictamen la mencionada Unidad podrá requerir a la Comisión Médica respectiva, la producción de los medios de prueba que estén a su disposición.

9.4. Dentro de los QUINCE (15) días de recibido el expediente, la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas deberá emitir el dictamen en el apartado 5 de la Ley N° 24.557. El plazo mencionado se verá tácitamente suspendido ante supuestos de producción de nuevos elementos probatorios. El dictamen deberá estar fundado en derecho, y versará sobre la aceptación o rechazo de la naturaleza laboral del infortunio.

9.4.1. Motivo de requerimiento a la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas.

9.4.2. Posición de las partes.

9.4.3. Descripción de los hechos

9.4.4. Valoración jurídica de la prueba.

9.4.5. Conclusión fundamentada en derecho.

9.5. La Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas deberá devolver los actuados a la Comisión Médica interviniente con el correspondiente dictamen a través del sistema de bolsín.

9.6. Recibidos los actuados por la Comisión Médica interviniente el trámite proseguirá según lo normado en el punto 2.2. Audiencia y/o examen médico de la Comisión Médica Central.

Para este caso resulta aplicable lo dispuesto en el punto 2.1 y siguientes del presente capítulo, con la salvedad que cada vez que se hace alusión a Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE**ACTA DE AUDIENCIA Y / O EXAMEN MÉDICO
POR RECHAZO DEL ORIGEN LABORAL DE LA CONTINGENCIA**

COMISIÓN MÉDICA N° _____ FECHA / /

LOCALIDAD _____

EXPEDIENTE N°: _____

Fecha de solicitud de intervención: / /

DAMNIFICADO: _____ CU

ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO: _____

CÓDIGO N°: _____ SINIESTRO N°: _____

EMPLEADOR: _____

AUDIENCIA

Concurrentes a la Audiencia: _____

Fecha primera manifestación invalidante: _____

Fecha del rechazo: _____

Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: _____

Factores de riesgo denunciados: _____

Tiempo de exposición a los factores de riesgo denunciados: _____

Petición presentada: _____

Estudios y/o certificados aportados: _____

Evaluación y tratamiento médico efectuado: _____

Preexistencias: _____

Fundamentos del rechazo: _____

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN

DAMNIFICADO: EXPEDIENTE N°		
EXAMEN FÍSICO		
Estudios y / o certificados aportados:		
Examen preocupacional:		
DIAGNÓSTICO		
Opinión de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado:		
Opinión damnificado:		
Requerimientos:		
		Plazo de entrega:
Solicitud de estudios:		
		Plazo de entrega:
SEGUNDA AUDIENCIA Y/O DICTAMEN		
LUGAR:	FECHA / /	HORA:
OBSERVACIONES DEL DAMNIFICADO Y / O DE LOS PERITOS DESIGNADOS		
Las actuaciones serán giradas a la UNIDAD DE ASESORAMIENTO DE LAS COMISIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, para la emisión del dictamen jurídico previo en el inciso 5, artículo 21 de la Ley 24.557, reglamentado por el Decreto N°410/01. El damnificado dispone de 15 (quince) días para la devolución de las actuaciones.		
DAMNIFICADO Firma y Aclaración	ART / E.AUTOASEGUR. Firma y Aclaración	PERITO Firma y Aclaración
COMISIÓN MÉDICA FIRMAS Y ACLARACIONES		

INSTRUCTIVO ANEXO K

Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Rechazo del Origen Laboral de la Contingencia

Objetivo: Dejar constancia de lo actuado en la Audiencia y/o Examen Médico con el objetivo de informar a la Unidad de Asesoramiento de la Comisión Médica correspondiente dictamen jurídico previo obligatorio.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica, y será suscrita por la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Médica N°: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Fecha de solicitud de intervención: Indicar la fecha consignada en la solicitud de Intervención.

6. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
7. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
8. Aseguradora/EmpleadorAutoasegurado: consignar nombre, código y número de siniestro.
9. Empleador: indicar el nombre del mismo y número de siniestro.
10. Concurrentes a la audiencia: Consignar los nombres de los participantes en la audiencia.
11. Fecha de la primera manifestación invalidante: Consignar la fecha denunciada.
12. Fecha del rechazo: Consignar fecha del rechazo del siniestro efectuado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
13. Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: Dejar constancia de las mismas.
14. Factores de riesgos denunciados: Detallar los consignados en la petición fundada.
15. Tiempo de exposición a los riesgos denunciados. Consignar la exposición, según lo manifestado en la petición fundada.
16. Petición presentada: Resumen de los aspectos fundamentales de la presentación.
17. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados aportados.
18. Evaluación y tratamiento médico efectuado: Dejar constancia de todas las acciones médicas efectuadas por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado. Si no correspondiera dejar constancia de los tratamientos efectuados al damnificado por su Obra Social, Hospitales Públicos o privados.
19. Preexistencias: Dejar constancias de las preexistencias presentes en el damnificado, de acuerdo a lo indicado por el médico tratante.
20. Fundamentos del rechazo: Detallar los mismos.
21. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
22. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados aportados.
23. Examen preocupacional: Indicar si fue realizado y cuáles fueron sus resultados.
24. Diagnóstico: Detallar el diagnóstico.
25. Opinión de la Aseguradora / Empleador Autoasegurado: Dejar constancia sobre datos no aportados en la presentación.
26. Opinión del damnificado: Consignar la misma.
27. Requerimientos: Detallar los requerimientos efectuados a las partes y el plazo para su entrega.
28. Solicitud de estudios: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica: estudios, interconsultas y/o prácticas.
29. Segunda Audiencia y/o Dictamen: Únicamente en los casos que se considere necesaria, se dejará constancia de la misma. En los casos se consignará la fecha y hora en que será emitido el Dictamen.
30. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado deberán detallar lo actuado.

FIRMAS

31. Firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.
32. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado.
33. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
34. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica.

CAPITULO 7

TRAMITES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES NO INCLUIDAS EN EL LISTADO (DECRETO 658/96)

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Este capítulo tiene como única finalidad incorporar al presente manual el procedimiento por el que se registrarán las Enfermedades Profesionales, conforme lo estipulado por el artículo 6, apartado 2 de la Ley N° 24.557 y por los Decretos 658/96 y 410/01. De conformidad con lo establecido en el artículo 8 del mencionado Decreto N° 410/01, se darán ingreso exclusivo a trámite de enfermedad profesional denunciada se haya producido con posterioridad al 01/03/01.

El damnificado deberá poner en conocimiento de la Aseguradora, en forma previa a la iniciación del trámite, las causas que motivaron el rechazo del reclamo del damnificado, manifestando si la enfermedad denunciada se encuentra incluida o no en el Listado de Enfermedades Profesionales. La petición que el trabajador o sus derechohabientes formulen ante la Comisión Médica jurisdiccional en todos los casos deberá ser realizada por un especialista en medicina del trabajo o en medicina legal y contener todos los elementos probatorios que permitan establecer la existencia de agentes de riesgos presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajo.

2. CONSIDERACIONES PARTICULARES

2.1. Presentación de la documentación.

- 2.1.1.- La presentación ante las Comisiones Médicas deberá ser realizada por el trabajador o sus derechohabientes o por un representante autorizado.
- 2.1.2.- La presentación se podrá realizar en forma personal o por vía postal.

En la presentación vía postal no se exigirá al damnificado el formulario de "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" -Anexo L-. En este caso, bastará con que en la presentación postal consten los datos contenidos en el formulario de "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" o la nota que acompañe a la presentación de la documentación, y el certificado profesional de la salud que avale el requerimiento.

- 2.1.3.- La presentación deberá realizarse ante la Comisión Médica con competencia territorial en el domicilio real del damnificado al momento de presentar el trámite.

En los casos que por razones de distancia o accesibilidad resultara más cercana otra Comisión Médica que la que se presentó en la Comisión Médica más cercana, el damnificado podrá requerir el cambio de Comisión. Este requerimiento debe justificarse por los motivos que impulsan el pedido.

2.1.4.- La presentación deberá estar acompañada por los siguientes elementos:

2.1.4.1. Constancia de denuncia de la enfermedad ante la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado.

2.1.4.2. Constancia del rechazo por parte de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado, en caso de denuncia no corresponde a una patología laboral.

2.1.4.3. Petición fundada, suscrita por médico especialista en Medicina del Trabajo o Medicina Legal. Se entenderá fundada la petición cuando conste el diagnóstico, la argumentación y las constancias que permitan establecer la incidencia en la patología denunciada de acuerdo con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Las constancias a presentar serán: descripción de la enfermedad denunciada y descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.

2.1.4.4. Fotocopia del Documento de Identidad del damnificado o sus derechohabientes donde conste el último cambio de domicilio.

2.1.4.5. Fotocopia del Documento de Identidad del apoderado, en caso de iniciar éste el trámite, donde conste el último cambio de domicilio.

2.1.4.6. Poder otorgado por el damnificado o sus derechohabientes, ante escribano público donde figure la autorización para iniciar el trámite cuando el expediente lo inicie el apoderado del Damnificado o cuando se presente durante la tramitación del trámite de presentación de la copia del poder firmada por el letrado en todas sus partes.

2.1.5. Recibida la presentación, se remitirán los actuados para su evaluación al Médico Coordinador de la Comisión Médica.

2.2.- Evaluación e inicio de expediente.

2.2.1. El Coordinador de la Comisión Médica evaluará el contenido y la forma de la presentación conjuntamente con el letrado. El plazo para la evaluación podrá exceder los CINCO (5) días contados desde la presentación de la documentación.

2.2.2. Aquellas denuncias con documentación incompleta serán devueltas al interesado, dejando debida constancia en el expediente de constar el nombre del damnificado, la fecha de presentación y la fecha de devolución al damnificado.

2.2.3. La irregularidad detectada se notificará al recurrente en forma personal o vía postal, informándole sobre la documentación que debe presentar.

2.2.4. En el supuesto que el trabajador al iniciar el trámite denuncie patologías incluidas y no incluidas en el Listado de Patologías de la Comisión Médica se dejará constancia que el trabajador deberá presentar las Solicitudes de Intervención en trámites por separado de la Resolución SRT N° 45/97 y en el presente Capítulo, respectivamente.

2.2.5. Transcurrido el plazo establecido en el punto 2.2.1 del presente y mediando silencio por parte de la Comisión Médica, se dará por concluido el trámite.

2.2.6. En los casos en que la documentación que avale la petición fundada se halle completa se tendrá por ingresada y se deberán seguir los siguientes pasos:

2.2.6.1. Sellar y fechar el original y copia de la "Solicitud de Intervención".

2.2.6.2. Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por: Los tres primeros dígitos correspondientes al Trámite Laboral; Los cuatro siguientes a partir del 0001 que identifican al número de expediente.; "/" (barra) y los dos últimos dígitos del año. Ej.: 001-L-0001/97 Comisión Médica N° 1, Trámite Laboral, Expediente N° 1 del año 1997

2.2.6.3. Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica, los datos de la "Solicitud" ingresada.

2.2.6.4.- Proceder al armado del expediente, integrado por los siguientes elementos y en el siguiente orden:

2.2.6.4.1. Carátula (o "Tapa del Expediente" -Anexo J-): Se consignará el N° de expediente, los datos del damnificado o del Empleador Autoasegurado o del Empleador no Asegurado, fecha de inicio, datos del solicitante y un breve extracto de lo solicitado.

2.2.6.4.2. Original de la "Solicitud de Intervención", en caso de corresponder.

2.2.6.4.3. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica. En caso de robo o extravío, constancia de la denuncia policial de extravío, robo o hurto del documento de identidad y copia de otro documento.

2.2.6.4.4. Cuando la solicitud fuera realizada por el derechohabiente o por terceros se agregará para el recurrente: constancia de cambio de domicilio). Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica (hojas 1; 2; 3 y 4 y, último cambio de domicilio). Certificado de defunción del damnificado.

2.2.6.4.5. Constancia de denuncia, y rechazo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no Asegurado, de los profesionales.

2.2.6.4.6. Petición fundada, junto a los exámenes complementarios y certificados médicos que la acompañen.

2.2.6.4.7. Copias de los dictámenes anteriores correspondientes al damnificado que inicie el trámite, cualquiera sea el motivo.

2.2.6.5. Se procederá a foliar con sello foliador todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación.

2.2.6.6. Los errores de foliatura deberán ser salvados, bajo constancia escrita en la foja erróneamente foliada procediendo a la corrección.

2.2.6.7. Se asignará el expediente a un médico de la comisión, asegurando una distribución equitativa entre todos los médicos.

2.3. Citación a las partes

2.3.1. Todas las comunicaciones que realice la Comisión actuante deberán practicarse con acuse de recibo. Las comunicaciones se efectuarán a través de correo electrónico.

Para ello será requisito que cada una de ellas informe al Departamento Salud Ocupacional de la Superintendencia de Salud Ocupacional efectuadas las notificaciones, junto al responsable a quien serán dirigidas. Las Aseguradoras deberán notificar a la Comisión Médica.

médicos en salud del trabajador.

2.5.8. La Comisión Médica deberá emitir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Patologías no incluidas en el Anexo N" por cuadruplicado.

2.5.8.1. En el acta deberá registrarse con detalle lo siguiente: Afecciones denunciadas; Fecha de primera manifestación de la afección; Descripción y antigüedad de las tareas y tiempo de exposición a los riesgos denunciados; Examen físico y/o pruebas solicitadas, y el plazo para presentarlos; Los fundamentos y/o divergencias de las partes; y fecha para una segunda audiencia asignada para el dictamen.

2.5.8.2. El Acta deberá ser firmada por la Comisión Médica y por los asistentes a la Audiencia.

2.5.8.3. La negativa a firmar, o la firma en disconformidad no impedirá la prosecución del trámite.

2.5.9. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales se procederá fehacientemente al damnificado, a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado y al Interesado.

2.5.10. La Comisión Médica deberá entregar el duplicado al damnificado, el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado y al Interesado. El Empleador afiliado con lo que se considerarán debidamente notificados de la citación a la Segunda Audiencia o de la Audiencia.

2.6. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes a la Segunda Audiencia y/o Examen médico.

2.6.1. Si con anterioridad a la Segunda Audiencia, el damnificado solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o Examen médico mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado y al Interesado.

2.6.2. Si el damnificado no concurriese, ni solicitase una nueva fecha, se dejará constancia de dicha situación y se continuará con el expediente.

2.6.3. Si el empleador, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no concurriesen a la Segunda Audiencia y/o Examen médico, se continuará con el expediente.

2.7. Segunda Audiencia y/o Examen médico.

2.7.1. En aquellos casos en que se requiera evaluar nuevamente al damnificado, en relación a las prácticas solicitadas, se procederá de acuerdo con el procedimiento establecido en el Capítulo 1.

2.7.2. En aquellos casos en que se considere que se reúnen todos los elementos necesarios, se deberá confeccionar el "Listado de Enfermedades Profesionales", dejando constancia en la misma que se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Anexo N" -Anexo N-, de conformidad al punto 2.8 Dictamen; fijando fecha y hora del mismo y procediendo a la emisión del dictamen.

2.8. Dictamen

2.8.1. En los casos en que la Comisión Médica jurisdiccional actuante considere que la patología invocada por el damnificado no está incluida en el Anexo N, se procederá a emitir dictamen en un todo de acuerdo con el procedimiento establecido en el Capítulo 1, dispuesto en el mencionado Capítulo 1.

2.8.2. En los casos en que la Comisión Médica jurisdiccional actuante considere que la patología invocada por el damnificado no está incluida en el Anexo N, se procederá a emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Anexo N" más según corresponda, dentro de los TREINTA (30) días de la fecha de iniciación del expediente.

2.8.3. En el Dictamen deberá constar lo siguiente:

2.8.3.1. Fecha de emisión del dictamen.

2.8.3.2. Un resumen de lo actuado.

2.8.3.3. Diagnóstico, si correspondiere.

2.8.3.4. Las conclusiones sobre lo solicitado, estableciendo la incidencia en la patología denunciada de la exposición al riesgo y la exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Las conclusiones deberán estar sustentadas en el expediente.

2.8.3.5. Prestaciones en especie a otorgar, si correspondiere.

2.8.3.6. Si la conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

2.8.4. En el dictamen no se determinará en ningún caso el grado ni porcentaje de incapacidad.

2.8.5. La Comisión Médica deberá notificar a las partes en el momento de emitir el dictamen, o en su defecto dentro de los tres días siguientes a la emisión del dictamen, a la Segunda Audiencia, el "Dictamen de Comisión Médica", de la siguiente forma:

2.8.5.1. El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

2.8.5.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

2.8.5.3. El triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado.

2.8.5.4. El cuadruplicado para el Empleador afiliado.

2.8.5.5. El quintuplicado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.8.6. En los casos en que la Comisión Médica actuante dictamine que la contingencia laboral reclamada es un riesgo profesional, se deberán llevar a cabo las siguientes diligencias:

2.8.6.1. Se girará el expediente, dentro de las 72 horas contadas desde la emisión del Dictamen, a la Comisión Médica Central, dejando constancia en el dictamen de la remisión a la Comisión Médica Central.

2.8.6.2. Se comunicará en forma inmediata a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, para que a partir de la emisión del dictamen, brinde las prestaciones determinadas en el dictamen, de conformidad a lo que establece el artículo 6 del Anexo N.

2.9.- Recurso del dictamen

2.9.1.- En virtud de la intervención obligada que le cabe a la Comisión Médica Central, prevista en el apartado 2 c) del artículo 6 del Anexo N.

- 2.11.2. En los casos en que el damnificado justifique la imposibilidad de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, deberá ser notificado con anterioridad a la fecha de la primera audiencia, notificando a su vez a la Aseguradora o al Empleador de la obligación de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, de acuerdo a los procedimientos establecidos por la reglamentación dictada a tal efecto por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- 2.11.3.- Si el damnificado, una vez notificado, solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o examen médico, la Comisión Médica Central deberá emitir un nuevo dictamen.
- 2.12.- Audiencia y/o examen médico en la Comisión Médica Central. Estudios complementarios.
- 2.12.1.- Para el caso resulta aplicable lo dispuesto en el Punto 5 (Audiencia y examen médico. Estudios complementarios).
- 2.12.1.1. Deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a la Comisión Médica Central.
- 2.12.1.2. En el Punto 2.5.4. deberá entenderse que la Comisión Médica Central deberá registrar los elementos aportados por el damnificado en la Comisión Médica Jurisdiccional.
- 2.12.2. En casos excepcionales y debidamente justificados, la Comisión Médica Central podrá constituirse en el domicilio del damnificado, siempre que el mismo no podrá ser delegada en uno de los miembros de la Comisión Médica Central, en el Secretario Técnico, o en un profesional de la medicina, previa intervención previamente. En este último supuesto, las funciones del médico interviniente, se limitarán a la confección del dictamen.
- 2.13. Dictamen de la Comisión Médica Central.
- 2.13.1. La Comisión Médica Central deberá emitir su Dictamen, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la audiencia. En dicho Dictamen deberá constar lo siguiente:
 - 2.13.1.1. La descripción de los motivos por los que se inició el trámite.
 - 2.13.1.2. Los fundamentos aportados por las partes.
 - 2.13.1.3. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.
 - 2.13.1.4. Establecer la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el lugar de trabajo, atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.
 - 2.13.1.5. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central, debidamente fundamentadas.
 - 2.13.1.6. Si se confirma o revoca el dictamen emitido por la Comisión Médica Jurisdiccional.
 - 2.13.1.7. En caso de que no se convalide el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional, se indicará que la Aseguradora cesará en la obligación de pago de la indemnización de la incapacidad, a partir de la notificación del dictamen.
 - 2.13.1.8. En caso de convalidar el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional, se deberá: Indicar el alcance y contenido de las prestaciones de la Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Carácter, si se encuentra extinguido el período de Incapacidad Laboral, la decisión adoptada se circunscribe al caso individual resuelto, no importando modificación al Listado de Enfermedades de la Comisión Médica Central.
 - 2.13.1.9. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del período de la incapacidad, vencida la misma por alguno de los supuestos enumerados en el artículo 7 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora deberá iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter definitivo de la incapacidad.
- 2.13.2. En primer término, la Comisión Médica evaluará la incapacidad según la Tabla de Evaluación de Incapacidad Laboral. Si las lesiones no se encuentren contempladas en dicha tabla, se utilizarán las normas para la Evaluación, Calificación y Clasificación de Incapacidades del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Decreto N° 478/98), ello de conformidad con lo normado por el artículo 7 de la Ley N° 24.557.
- 2.13.3. La Comisión Médica Central deberá notificar a las partes dentro de los CINCO (5) días de emitido, el "Dictamen de la Comisión Médica Central".
 - 2.13.3.1. El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.
 - 2.13.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.
 - 2.13.3.3. El triplicado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.
 - 2.13.3.4. El cuadruplicado para el Empleador.
 - 2.13.3.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- 2.13.4. Una vez emitido el dictamen, vencido el plazo legal para apelar sin que se haya presentado recurso alguno y dentro de los diez (10) días hábiles de la notificación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica Jurisdiccional.
- 2.13.5. Una vez recibido el expediente de la Comisión Médica Central, la Comisión Médica Jurisdiccional procederá a emitir su dictamen.
- 2.14. Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central
 - 2.14.1. Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por el trabajador o sus derechohabientes, o por el Asegurado ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Será asimismo de aplicación supletoria lo normado en el artículo 120 del Código Procesal Civil de la Nación.
 - 2.14.2. Los recursos se deberán interponer ante la Comisión Médica Central dentro de los DIEZ (10) días de recibida la notificación del dictamen.
 - 2.14.3. Los Empleadores que se encuentran afiliados a una Aseguradora en ningún caso están habilitados para recurrir.
 - 2.14.4. El procedimiento a seguir será el previsto en el Acordada N° 200 de la Cámara Federal de la Seguridad Social.
 - 2.14.4.1. La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.
 - 2.14.4.2. La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.
 - 2.14.4.3. El apelante deberá constituir domicilio en el ámbito de la Capital Federal.
 - 2.14.4.4. Se deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 120 y 265 del Código Procesal Civil de la Nación.
 - 2.14.4.5. De no cumplirse con estos requisitos, se le deberá notificar al apelante a fin de subsanar la omisión en el plazo de diez (10) días hábiles.
 - 2.14.4.6. Cumplida la presentación por parte del apelante, o vencido el plazo acordado, se deberá remitir lo actuado a la Comisión Médica Jurisdiccional.
 - 2.14.4.7. Si el recurso fuera extemporáneo, se notificará al recurrente de su rechazo.

2.14.5. Se elevará el expediente a la Cámara Nacional de la Seguridad Social dentro de las SETENTA Y DOS asegurando el resguardo de la información.

2.15. Procedimiento en la Comisión Médica Central para aquellos expedientes recurridos por el damnificado o sus Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

2.15.1. Una vez recibido el expediente en la Comisión Médica Central, se procederá a notificar a las partes la resolución deberá adjuntar copia de la crítica concreta y razonada del dictamen oportunamente presentada por el damnificado o sus representantes a la Comisión Médica Central en un plazo de DIEZ (10) días.

2.15.2 Recepcionado el escrito enunciado en el punto anterior o vencido el plazo para hacerlo, se dará traslado a las partes y a las probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.

2.16. Evaluación y tramitación.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo estipulado en el artículo 7 del Decreto N° 410/01.

2.17 Incomparecencia de las partes a la audiencia de la Comisión Médica Central.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto N° 410/01, la incomparecencia del recurrente sea por causas injustificadas, en cuyo caso, dará lugar al archivo del expediente.

2.18. Audiencia y/o examen médico en la Comisión Médica Central. Estudios complementarios.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo estipulado en el artículo 7 del Decreto N° 410/01.

2.19. Dictamen en la Comisión Médica Central.

2.19.1. La Comisión Médica Central deberá emitir su Dictamen, por quintuplicado o más según corresponda. En dicho dictamen deberá constar:

2.19.1.1. La descripción de los motivos por los que se inició el trámite.

2.19.1.2. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2.19.1.3. Los fundamentos aportados por las partes, incluyendo la expresión de agravios y la contestación de la misma.

2.19.1.4. Indicar las nuevas medidas probatorias aportadas por las partes ante la Comisión Médica Central.

2.19.1.5. Los fundamentos en que se basa la Comisión Médica Central para elaborar las conclusiones.

2.19.1.6. Determinación de la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos por los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

2.19.1.7. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central.

2.19.1.8. Si se confirma o revoca el dictamen emitido por la Comisión Médica Jurisdiccional.

2.19.1.9. En caso de que se reconozca el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, se deberá determinar las prestaciones en especie, si correspondiese; Determinar el porcentaje de Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Duración de la Incapacidad Laboral Temporal; y aclarar que conforme lo estipula el Decreto N° 1278/00, la decisión adoptada se circunscribe a las Enfermedades Profesionales vigente.

2.19.1.10. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro de la vigencia de la misma por alguno de los supuestos enumerados en el artículo 7 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo deberá iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter definitivo de la incapacidad. Deberá presentarse el Dictamen de la Comisión Médica Central para la Incapacidad Laboral permanente Provisoria.

2.19.2. La Comisión Médica Central deberá notificar a las partes dentro de los CINCO (5) días de emitido, el "Dictamen de la Comisión Médica Central".

2.19.2.1. El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

2.19.2.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

2.19.2.3. El triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado.

2.19.2.4. El cuadruplicado para el Empleador.

2.19.2.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.19.3. Una vez emitido el dictamen, vencido el plazo legal para apelar sin que se haya presentado recurso alguno y de la notificación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica Jurisdiccional para su resolución.

2.19.4. Una vez recibido el expediente de la Comisión Médica Central, la Comisión Médica Jurisdiccional procederá a emitir su dictamen.

2.20. Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central.

En el caso que se apele el dictamen de la Comisión Médica Central en un expediente en el cual la Comisión Médica Central emitió un dictamen de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, se procederá de conformidad con lo estipulado en el punto 2.19.3.

2.21. Remisión de dictámenes a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

La Comisión Médica Central remitirá en forma periódica a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo el listado de dictámenes emitidos en virtud de lo establecido en el inciso b), de la Ley 24.557 a los fines de que ese organismo proceda a su recopilación, evaluación y posterior envío a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo que estime corresponder, todo ello de conformidad con lo que estipula el artículo 7 del Decreto N° 410/01.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE

SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHO POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

COMISIÓN MÉDICA N°

FECHA

LOCALIDAD

SOLICITUD N°:

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

TE:

Doc. de Identidad N°:

CUIL N°:

Fecha de nacimiento: / /

Edad: Sexo:

Lee y escribe: SI/NO

Miembro Superior

Fecha de ingreso al establecimiento: / /

Tarea/s habitual/es del trabajador:

Tarea/s al momento de la primera manifestación invalidante:

Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno:

Horario que cumple habitualmente:

DATOS DE ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO

NOMBRE:

CÓDIGO

DOMICILIO LEGAL:

SINIESTRO N°:

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

CUIT N°:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

C.P.:

TE:

PROVINCIA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL ESTABLECIMIENTO:

CÓDIGO N°:

**DAMNIFICADO:
EXPEDIENTE N°**

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Descripción del puesto de trabajo:

Descripción de la tarea:

Antigüedad en la tarea: Exam. Preocupac.: SI/NO

Agente de riesgo denunciado:

Cuando comenzó con los problemas:

Sector del cuerpo comprometido:

Descripción de síntomas y signos:

Tratamientos instituidos:

Diagnóstico invocado:

Certificación diagnóstica:

a) Certificado Médico

b) RX

c) TAC

d) RMN

e) EMG

f) Otros

Nombre y matrícula del profesional que avala la petición:

Fecha de toma de conocimiento o primera manifestación invalidante:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

INSTRUCTIVO ANEXO L

Solicitud del Trabajador o Derechohabiente por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales

El formulario debe ser completado por el damnificado o derechohabiente que quiera formalizar ante la Comisión Médica

Objetivo: Recibir en la Comisión Médica, para su evaluación, la solicitud o presentación del damnificado, su apoderado

Enfermedades Profesionales.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es el damnificado o derechohabiente, y será suscrito por el d

Contenido:

1. Comisión Médica N°.: consignar el número de la Comisión Médica donde se realiza la presentación.

2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica antes indicada.

3. Fecha: indicar la fecha de presentación.

4. Solicitud N°: la Comisión Médica asignará el número de solicitud.

5. Datos del Damnificado:

o Nombre y apellido completos (omitir iniciales).

o Domicilio - Localidad - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del domicilio en que el notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.

o Sexo: Consignar sexo del damnificado.

o Documento de identidad: Consignar tipo y número de documento.

o CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.

o Fecha de nacimiento: Consignar la fecha de nacimiento del damnificado.

o Lee y escribe: SI/NO (tachar lo que no corresponda).

o Miembro superior hábil: Der./Izq. (tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro).

o Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y/o empresa donde se desem

o Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente

o Tarea al momento de la primera manifestación: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba e

o Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que

o Horario que cumplía habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió la

6. Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:

o Nombre - Código N°: Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurad Trabajo.

o Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. Este domicilio tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.

o Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora o el Emp

7. Datos del Empleador:

o Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.

o C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.

o Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.

o Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el códi

8. Datos de la Enfermedad:

o Descripción puesto de trabajo: Indicar características y condiciones del puesto de trabajo.

o Descripción de la tarea: Detalle de las tareas efectuadas.

o Antigüedad en la tarea. Tiempo durante el que efectuó las tareas que dieron origen al reclamo.

o Examen Preocupacional: Consignar si fue efectuado (tachar lo que no corresponda) y fecha del mismo.

o Agente de riesgo denunciado: Consignar los factores de riesgos presentes en el ambiente laboral.

o Cuándo comenzó con los problemas: Consignar fecha aparición primeros síntomas (no implica toma de conocimie

o Sector del cuerpo comprometido: Consignar región/es corporales afectadas.

o Descripción de síntomas y signos: Relato de las manifestaciones actuales de la enfermedad.

o Tratamientos instituidos: Consignar tipo y tiempo de duración de los tratamientos recibidos.

o Diagnóstico invocado: Según el consignado en la petición fundada que se adjunte.

o Certificación diagnóstica:

a) Certificado médico: Resumen conclusión

b) Rx. Resumen informe

c) TAC. Resumen informe

d) RMN. Resumen informe

e) EMG. Resumen informe

f) Otros estudios. Indicar cada estudio y resumir el informe

o Nombre y matrícula del profesional que avale la petición. Debe ser médico especialista en Medicina Legal y/o Me

o Fecha de toma de conocimiento y/o primera manifestación invalidante: Consignar la fecha

o Firma y aclaración del solicitante: Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y si es en

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE**ACTA DE AUDIENCIA Y / O EXAMEN MÉDICO
POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDAD**

COMISIÓN MÉDICA N° _____ FECHA ____ / ____ / ____

LOCALIDAD _____

EXPEDIENTE N°: _____

Fecha de solicitud de intervención: ____ / ____ / ____

DAMNIFICADO: _____ CUIL _____

ASEGURADORA / EMPLEADOR AUTOASEGURADO: _____

CÓDIGO N°: _____ SINIE _____

EMPLEADOR: _____

AUDIENCIA**Concurrentes a la Audiencia:** _____

Fecha primera manifestación invalidante: _____

Fecha del rechazo: _____

Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: _____

Agentes de riesgo denunciados: _____

Tiempo de exposición a los agentes de riesgo denunciados: _____

Petición presentada: _____

Estudios y / o certificados aportados: _____**Evaluación y tratamiento médico efectuado:** _____**Preexistencias:** _____**FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN**

42. Aseguradora/EmpleadorAutoasegurado: consignar nombre, código y número de siniestro.
43. Empleador: indicar el nombre del mismo y número de siniestro.
44. Concurrentes a la audiencia: Consignar los nombres de los participantes en la audiencia.
45. Fecha de la primera manifestación invalidante: Consignar la fecha denunciada.
46. Fecha del rechazo: Consignar fecha del rechazo del siniestro efectuado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
47. Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: Dejar constancia de las mismas.
48. Agentes de riesgos denunciados: Detallar los consignados en la petición fundada.
49. Tiempo de exposición a los riesgos denunciados. Consignar la exposición, según lo manifestado en la petición fundada.
50. Petición presentada: Resumen de los aspectos fundamentales de la presentación.
51. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados.
52. Evaluación y tratamiento médico efectuado: Dejar constancia de todas las acciones médicas efectuadas por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado, o correspondiente. Dejar constancia de los tratamientos efectuados al damnificado por su Obra Social, Hospitales Públicos o privados.
53. Preexistencias: Dejar constancias de las preexistencias presentes en el damnificado, de acuerdo a lo indicado por el médico tratante.
54. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
55. Diagnóstico invocado: Detallar el diagnóstico invocado por el damnificado.
56. Opinión de la Aseguradora: Dejar constancia sobre datos no aportados en la presentación.
57. Requerimientos: Detallar los requerimientos efectuados a las partes y el plazo para su entrega.
58. Solicitud de estudios: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica: estudios, interconsultas y/o prácticas.
59. Segunda Audiencia y/o Dictamen: Únicamente en los casos que se considere necesaria, se dejará constancia de la misma. En los casos se consignará la fecha y hora en que será emitido el Dictamen.
60. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado deben detallar lo actuado.

FIRMAS

61. Firma y aclaración del damnificado, su apoderado y/o derechohabiente.
62. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora.
63. Firma y aclaración del Empleador.
64. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
65. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE**DICTAMEN DE COMISIÓN MÉDICA
POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES
PROFESIONALES**

COMISIÓN MÉDICA N°

FECHA / /

LOCALIDAD

EXPEDIENTE N°:

Fecha de solicitud de intervención: / /

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

Doc. de Identidad N°:

CUIL N°:

Fecha de nacimiento: / /
Miembro Superior hábil: Der. /Izq.

Edad: Sexo:

Tarea:

Código N°:

Antigüedad en la Empresa:

Antigüedad en la Tarea:

ASEGURADORA / EMPLEADOR AUTOASEGURADO

CÓDIGO N°:

SINIESTRO N°:

EMPLEADOR:

CUIT N°:

Domicilio:

Teléfono:

Actividad:

Código:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN

DAMNIFICADO:
EXPEDIENTE N°

FUNDAMENTOS

Fecha de primera manifestación invalidante: / /

Edad a la primera manifestación invalidante, declarada por el

Agentes de riesgo denunciados

Tareas habituales del damnificado y tiempo de exposición:

Resumen de la petición efectuada por el damnificado:

DIAGNÓSTICO INVOCADO:

Tratamiento efectuado

Preexistencias:

Examen Físico / / , hs.

Estudios y/o documentación presentada:

Estudios y/o documentación solicitada por la Comisión Médica

Opinión de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado sobre el
Damnificado:

Fecha del rechazo por la ART: / /

Opinión del Empleador sobre la petición del Damnificado:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN

DAMNIFICADO: EXPEDIENTE N°		
DIAGNÓSTICO		
CÓDIGO		
CONCLUSIONES		
En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro Folio N°		
Fecha de la 1° manifestación invalidante o toma de conocimiento enfermedad: / /		
Modifica lo establecido por Aseguradora / Empleador Autoas		
PRESTACIONES EN ESPECIE		
CONTINGENCIAS		
ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD INCULPADA
ENFERMEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL
Notificaciones:		

COMISIÓN MÉDICA FIRMAS Y ACLARACIONES		

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO ANEXO N

Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la existencia de la enfermedad y su carácter laboral.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Médica N°: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del Dictamen.
3. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
4. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud del Trabajador o Derechos Profesionales". (Form. Anexo L).

Datos del damnificado

5. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
6. Documento de identidad: consignar tipo y número de documento.
7. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L.
8. Fecha de nacimiento y edad: Indicar fecha de nacimiento y edad al momento del Dictamen.
9. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
10. Tarea - Código N°: la desarrollada al momento de la primera manifestación invalidante y el código internacional.
11. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
12. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: indicar nombre y N° de código.
13. Siniestro N°: número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
14. Empleador: consignar nombre del mismo.
15. CUIT N°: consignar el número de C.U.I.T.
16. Domicilio, teléfono, actividad y código de la misma: consignar los datos del empleador.
17. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para la actividad laboral).
18. Diagnóstico: dejar constancia del diagnóstico de la Comisión Médica. Mencionar el Código OMS Cie10.
19. Conclusión: Se deberá definir si la petición efectuada por el damnificado guarda relación de causalidad con los acontingencia laboral.
20. Fecha de la 1° manifestación invalidante o toma de conocimiento de la enfermedad: Indicar la que corresponde a
21. Prestaciones en especie: Consignar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, en los casos que corresponda
22. Contingencias: Señalar una de las posibles.
23. Notificaciones:

PARA DICTAMENES QUE NO RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- En caso de no estar de acuerdo con lo resuelto por la Comisión Médica, se podrá interponer recurso de apelación en el plazo de diez (10) días siguientes a la notificación del presente dictamen (apartado 5 del artículo 2° del Decreto 1000/2002 de la Comisión Médica Central. El recurrente deberá presentar el escrito ante la Comisión Médica jurisdiccional acompañado de la copia del dictamen.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, que a partir de la fecha de recepción del presente dictamen por la Comisión Médica Central, deberá otorgar en forma inmediata las prestaciones en especie determinadas en el dictamen, de conformidad con el artículo 20° de la Ley N° 24.557.

- Se informa a las partes, que el expediente de referencia será girado a la Comisión Médica Central para que ésta cumpla con lo que establece el artículo 6°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557. Se aclara que dicha tramitación, no requiere de intervención de la Comisión Médica Central.

24. Firmas: La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo tres).

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE**DICTAMEN DE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL
POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES
PROFESIONALES**

FECHA / /

HORA:

EXPEDIENTE N°:

Fechas:

1. de presentación: / /
2. de ingreso a la CMC: / /
3. del recurso: / /

NOMBRE Y APELLIDO DEL RECURRENTE:

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre:

Doc. de Identidad N°:

CUIL N°:

Fecha de nacimiento: / /

Edad: Sexo:

Miembro Superior hábil: Der. /Izq.

Tarea:

Código N°:

Antigüedad en la Empresa:

Antigüedad en la Tarea:

ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO

CÓDIGO N°:

SINIESTRO N°:

EMPLEADOR:

CUIT N°:

Domicilio:

Teléfono:

Actividad:

Código:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN

**DAMNIFICADO:
EXPEDIENTE N°**

FUNDAMENTOS

Fecha de primera manifestación invalidante, declarada por el damnificado:

Edad a la primera manifestación invalidante, declarada por
/ /

Agentes de riesgo denunciados

Tareas habituales del damnificado y tiempo de exposición:

Resumen de la petición efectuada por el damnificado:

DIAGNÓSTICO INVOCADO

Fecha del Dictamen de CM Jurisdiccional: / /

Conclusiones de la CM Jurisdiccional:

Fundamentos o alegatos aportados por las partes:

Preexistencias:

Examen Físico / / , **hs.**

Dificultades para desarrollar las tareas habituales:

Estudios y/o documentación presentada:

Prestaciones en especie brindadas por la ART:

Estudios y/o documentación solicitada por la Comisión Médica:

Opinión de las partes en la Audiencia:

Incidencia de los agentes de riesgo en la patología denunciada:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN

DAMNIFICADO:
EXPEDIENTE N°

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO

CONCLUSIONES

En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro
Folio N°

Fechas (a criterio de la CMC) de:

1. Primera manifestación invalidante o toma de conocimiento
/ /

2. Cese de la ILT o la ILP Provisoria: / /

Motivo del cese:

Dictamen de la CM Jurisdiccional: Ratifica / Rectifica

Modifica lo establecido por Aseguradora / Empleador Auto
NO

CONTINGENCIAS

ACCIDENTE DE TRABAJO

ENFERMEDAD INCLUPAB

ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE NO LABORAL

PRESTACIONES EN ESPECIE

Otorgadas (opinar):

A brindarse (indicarlas):

DAMNIFICADO: EXPEDIENTE N°		
INCAPACIDAD		
Preexistencias:	%	Capacidad Restante:
LESIONES		
Miembro superior hábil		
SUBTOTAL		
FACTORES DE PONDERACIÓN		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%), Leve (0 al 10%), Intermedia (0 a 15%), Alta (0 a 20%)		
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) – Amerita (10 %)		
Edad: Menos de 21 años (0 a 4%), de 21 a 30 años (0 a 3%), de 31 y más años (0 a 2%)		
TIPO:	GRADO:	PORCENTAJE. TO
CARÁCTER:		
INVALIDEZ: SI / NO		
Notificaciones:		

COMISIÓN MÉDICA FIRMAS Y ACLARACIONES		

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO ANEXO O

Dictamen de Comisión Médica Central por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.
Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la existencia de la enfermedad y su carácter laboral.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica Central.

Contenido:

1. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del Dictamen.
2. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
3. Fechas: consignar las fechas que se indican.

Datos del damnificado

4. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
5. Documento de identidad: consignar tipo y número de documento.
6. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L.
7. Fecha de nacimiento y edad: Indicar fecha de nacimiento y edad al momento del Dictamen.
8. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
9. Tarea - Código N°: la desarrollada al momento de la primera manifestación invalidante y el código internacional.
10. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
11. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: indicar nombre y N° de código.
12. Siniestro N°: número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
13. Empleador: consignar nombre del mismo.
14. CUIT N°: consignar el número de C.U.I.T.
15. Domicilio, teléfono, actividad y código de la misma: consignar los datos del empleador.
16. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para la actividad laboral).
17. Diagnóstico: dejar constancia del diagnóstico de la Comisión Médica Central. Mencionar el Código OMS Cie10.
18. Conclusión: Se deberá definir si la petición efectuada por el damnificado guarda relación de causalidad con los hechos de contingencia laboral.
19. Fechas: Consignar las que se indican a criterio de la CMC.
20. Contingencias: Señalar una de las posibles.
21. Prestaciones en especie: Consignar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, en los casos que corresponda.
22. Incapacidad: registrar la Incapacidad Laboral que presenta el damnificado y de corresponder, el porcentaje de la misma.
23. Notificaciones:

PARA DICTAMENES QUE NO RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, que a partir de la fecha de recepción del presente dictamen, las prestaciones en especie determinadas en el dictamen de la Comisión Médica jurisdiccional, de conformidad a lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 24.557.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a las partes, que lo determinado en el presente dictamen es de alcance circunscripto al caso individual de los profesionales, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557.

EN CASO DE INDICARSE "PRESTACIONES EN ESPECIE" Y SE DICTAMINE UNA "I.L.T." O UNA "I.L.P. F"

- Cuando corresponda fijar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente, según los diferentes casos, la Aseguradora o Empleador Autoasegurado deberá establecer la misma, notificar al damnificado e iniciar el trámite de la incapacidad de acuerdo a lo establecido en los Capítulos II, III y IV del Decreto N° 717/96.

EN TODOS LOS DICTAMENES DE LA CMC DEBERA FIGURAR:

- En caso de no estar de acuerdo con lo resuelto por la Comisión Médica Central, se podrá interponer recurso de apelación en el plazo de diez (10) días siguientes a la notificación del presente dictamen. Los recursos serán elevados a la Cámara Federal de Apelaciones de la Seguridad Social. El procedimiento a seguir será el previsto en el Acordada N° 200 de la Cámara Federal de la Seguridad Social en el artículo 1°.
3. La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.
4. La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.
5. El apelante deberá constituir domicilio en el ámbito de la Capital Federal.
6. Se deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 120 y 265 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.
7. Transcripción textual del artículo 120° del CPCyC.
8. Transcripción textual del artículo 265° del CPCyC.
24. Firmas: La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica Central.

