

Resolución Conjunta N° 590/96 S.A.F.J.P. y 184/96 S.R.T.

Bs. As., 28/8/96

VISTO la Ley N° 24.241 y la Ley N° 24.557, y

CONSIDERANDO:

Que las Comisiones Médicas creadas por la Ley 24.241 adecuaron su estructura de acuerdo a las nuevas funciones que les asigna el artículo 50 de la Ley 24.557.

Que es necesario normalizar los distintos trámites en las que intervienen definiendo los procedimientos administrativos correspondientes.

Que a los efectos de mantener actualizados los procedimientos en cuestión, es necesaria la asignación de tal responsabilidad en las áreas involucradas.

Que el Superintendente de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones se encuentra facultado para dictar la presente, por las atribuciones que le fueran conferidas por los artículos 118 inc. b) y 119 inc. b) de la Ley 24.241 y del Decreto N° 1883/94.

Que el Superintendente de Riesgos del Trabajo se encuentra facultado para dictar la presente, por las atribuciones conferidas por el artículo 21, inciso 3 de la Ley 24.557 y el Decreto N° 717/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

Y

EL SUPERINTENDENTE DE RIEGOS DEL TRABAJO

RESUELVEN:

ARTICULO 1° – Aprobar el MANUAL DE NORMAS DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL, que como Anexo I forma parte de la presente Resolución y que contiene el procedimiento a seguir en los trámites procedentes del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y de la Ley de Riesgos del Trabajo.

ARTICULO 2° – Asignar a la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites procedentes del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con intervención de la Gerencia de Gestión e Informática.

ARTICULO 3° – Asignar a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites procedentes de la Ley de Riesgos del Trabajo.

ARTICULO 4° – Facultar a las instancias mencionadas en los artículos 2° y 3° de la presente, a elaborar y aprobar las actualizaciones periódicas a que se hace mención, comunicando la misma a la otra Superintendencia dentro de las (48) hs. de aprobada la modificación.

ARTICULO 5° – Esta Resolución entrará en vigencia el día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 6° – Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

WALTER ERWIN SCHULTHESS, Superintendencia de A.F.J.P. — ROBERTO JOSE DOMINGUEZ, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRÁMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MÉDICAS Y LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS TRÁMITES PROCEDENTES DEL SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES

TRAMITACION DE RETIRO POR INVALIDEZ

Actuación ante la Comisión Médica

Armado del Expediente

El Administrativo de la Comisión Médica deberá realizar el siguiente procedimiento, en oportunidad de ingresar documentación o un expediente en la Comisión Médica:

1. Recibir copia del formulario de **"Solicitud de Beneficios Previsionales"** juntamente con la documentación probatoria de la identidad, del domicilio real, de los estudios, diagnósticos y certificados médicos que posea y la certificación de nivel de educación formal alcanzado. A falta de esta última documentación, el solicitante deberá presentar declaración jurada del mismo.
2. Sellar y fechar (con especificación de día y hora) la **"Solicitud de Beneficios Previsionales"**.
3. Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. Integrar la documentación referida en el párrafo 1. en una carpeta cuya tapa será la carátula (Form XXX - Anexo F). La numeración deberá ser integrada por:
 - a) Los tres primeros dígitos que identifican a la Comisión Médica.
 - b) "P" - Identificación trámite Previsional
 - c) Los cuatro siguientes a partir del 0001 que identifican al número de expediente.
 - d) "/".
 - e) Los dos últimos al año de emisión.

Ej.: 001-P-0001/96 Comisión Médica N° 1, Trámite Previsional Expediente N° 1 del año 1996

4. Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica, los datos de la solicitud ingresada.
5. Proceder al armado del expediente en los casos que no ingrese armado, con los siguientes elementos:
 - a) Hoja carátula: Es la tapa del Expediente (Form XXX - Anexo F).
 - b) Copia de la **"Solicitud de Beneficios Previsionales"**.
 - c) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica y constancia de domicilio.
 - d) Certificados del nivel educativo formal alcanzado o declaración jurada del mismo.
 - e) Estudios médicos.
6. Se deberá foliar con sello foliador de la Comisión Médica todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación, debiéndose colocar el mismo en el extremo superior derecho, no siendo superpuesto a ninguna escritura. El acta de recepción será el folio N° 1.

La Comisión Médica que inicia una actuación, y en cada caso la que la remite será la responsable de la operación de foliatura, la que será controlada por la dependencia receptora.

Se incorporarán foliados al Expediente todos los Estudios efectuados y las placas radiográficas; para estas últimas se colocará un adhesivo blanco en un extremo, que permita la colocación del folio. Sólo se incorporarán foliados los sobres que contengan datos de interés (matasellos de correo con fecha, etc.).

Los errores de foliatura deberán ser salvados, bajo constancia escrita en la foja erróneamente foliada y refoliando las actuaciones con sello refoliador.

Los expedientes provenientes de un Organismo Oficial que se incorporen a las actuaciones, no continuarán la foliatura de ésta (es decir, no deben ser foliados) y mantendrán su propia carátula y foliatura, pero deberán estar precedidos de una providencia en la que conste el ente de donde proviene, el número del mismo, las fojas útiles y los errores de foliado si los contuviere. La foja siguiente a incorporar llevará como número de folio el número siguiente al de la providencia de agregación.

Si las actuaciones que se desean agregar, provienen de un organismo no oficial, se procederá al foliado de las mismas.

En el caso de desglose de parte del contenido del expediente a pedido del afiliado, apoderado, Juez u otro, se dejará constancia en el expediente, aclarando motivo del desglose, persona que lo ha solicitado y fojas que fueron desglosadas, reemplazando las mismas cuando fuera posible por fotocopias.

7. Devolver el expediente a la Administradora correspondiente sólo en los casos que se mencionan a continuación, adicionándole nota explicando el motivo de la devolución. Se archivará como comprobante de la devolución la hoja carátula y copia de la nota de devolución con el respectivo acuse de recibo.
 - a) Ausencia de la **"Solicitud de Beneficios Previsionales"** donde se indica el beneficio solicitado.
 - b) Falta de copia del documento de identidad.
 - c) Falta de certificación de domicilio.
 - d) Falta de certificado del nivel educativo formal alcanzado o declaración jurada del mismo.
 - e) Solicitud de un beneficio previsional no contemplado en el presente anexo.

Cuando la Administradora remita el expediente completo, se le asignará un nuevo número.

Evaluación del Expediente

El Coordinador de la Comisión Médica:

1. Procederá a realizar una evaluación respecto del contenido y forma de la documentación médica remitida por la Administradora.
2. Asignará el expediente a por lo menos 2 médicos de la comisión, teniendo en cuenta la patología del afiliado y las especialidades de los médicos, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la comisión, incluido el mismo.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio del Afiliado o en el lugar de internación, la revisión médica podrá ser delegada en uno de miembros el que actuará como informante del resto. Del acto de delegación se dejará constancia en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría simple de sus integrantes.

Citación del afiliado

1. Analizar en base al expediente, las condiciones ambulatorias del afiliado, decidiendo citar al mismo o constituirse en el domicilio donde el afiliado denuncia encontrarse.
2. Emitir el formulario de "Notificación de comparencia para examen médico" (Form. XXX - Anexo A) por duplicado. El examen deberá practicarse dentro de los 15 (quince) días corridos de efectuada la solicitud ante la A.F.J.P. En aquellos casos en que por demora de la Administradora/Correo, el plazo de citación se encuentre cercano o vencido, se asegurará que la misma se practique dentro de los 13 (trece) días corridos del ingreso del expediente a la comisión médica.
3. Remitir el original de la "Notificación de comparencia para examen médico" al afiliado/apoderado, mediante notificación fehaciente por el correo más conveniente según la prestación y el cumplimiento de plazos, ya sea citando al afiliado o comunicando que la comisión se constituirá en su domicilio. La comunicación deberá hacerse siempre con acuse recibo.
4. Archivar en el expediente el duplicado de la "Notificación de comparencia para examen médico" junto con el comprobante de haberse emitido la notificación fehaciente.
5. El último día hábil de cada semana, remitirá a las partes interesadas (exceptuando al afiliado/apoderado) por medio fehaciente un listado informando los trámites realizados (Form. XXX - Anexo E).
6. Si el afiliado/apoderado solicitara por medio fehaciente una nueva fecha para la 1ra. Revisación Médica, incluidos aquellos casos en que el mismo manifestara su imposibilidad de traslado, procederá a asignarla y comunicarla mediante notificación fehaciente, y listado semanal a las partes interesadas.

Procedimiento ante la no concurrencia del Afiliado

1. Si el afiliado no concurriese a la fecha asignada a 1era. Revisación Médica, se lo citará nuevamente bajo apercibimiento de que en caso de incomparencia se dispondrá la caducidad y archivo del trámite, utilizando el formulario "Notificación de Comparencia para Examen Médico" (Form. XXX - Anexo A) con el agregado del texto ***"En caso de incomparencia se dispondrá la caducidad y archivo de este trámite. Queda Ud. Notificado."***, con copia del mismo al apoderado.
2. En caso de no concurrencia se labrará un Acta disponiendo la caducidad y archivo del trámite y se notificará a las partes interesadas por listado y afiliado/apoderado por notificación fehaciente.

Examen médico

1. Previa acreditación de identidad del afiliado, se efectuará un examen psicodiagnóstico y clínico, cuando el mismo concorra a la citación.
2. Realizada la evaluación, se pueden presentar los siguientes casos:
 - a) Si fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas, en ese momento se deberá:
 - 1) Indicar los estudios diagnósticos necesarios.
 - 2) Concertar con los profesionales que se encuentren en el "Listado de Prestadores" el día y hora de la consulta.
 - 3) Emitir el formulario de "Orden de estudios para trámite de retiro por invalidez" (Form. XXX - Anexo C), por duplicado.
 - 4) Entregar al afiliado, en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto sólo por el destinatario", el original de la "Orden de estudios para trámite de retiro por invalidez".

- 5) Hacer firmar al afiliado el duplicado donde consta que retiró original para entregar al prestador.
 - 6) Incorporar al expediente el duplicado.
 - 7) Fijar lugar, fecha y hora para la segunda revisión médica, la que no deberá exceder de un plazo de 30 días corridos. A excepción de casos debidamente justificados, que según el Baremo deban ser evaluados en un tiempo mayor.
 - 8) Notificar a las partes interesadas el lugar, fecha y hora para la segunda revisión médica por medio del listado semanal.
- b) Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas, se procederá a asignar la fecha de emisión del Dictamen dentro de los 10 (diez) días hábiles de efectuada la revisión médica, la cual será notificada fehacientemente a las partes interesadas por medio del listado semanal, para luego continuar con el punto Dictamen.
3. Emitir el formulario "Acta de Examen Médico para trámite de retiro por invalidez" (Form. XXX - Anexo B), en original únicamente. Registrándose la historia clínica previsual con detalle de:
 - a) Examen psicodiagnóstico.
 - b) Examen clínico.
 - c) Aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acorde a su minusvalía (de ser posible).
 - d) Detalle de los estudios y/o interconsultas solicitadas.
 - e) Lugar, fecha y hora para la 2da. Revisación Médica.
 4. Este acta deberá ser firmada por la Comisión Médica, el afiliado y los médicos designados por las partes interesadas que estuvieren presentes.

Recepción de estudios complementarios realizados por los especialistas

1. Recibir de los especialistas los Estudios requeridos según duplicado de la "Orden de estudios para trámite de retiro por invalidez" archivado en el expediente.
2. Proceder a controlar que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos.
3. Archivar toda la documentación en el expediente.

Procedimiento ante la no concurrencia del afiliado a la 2da. Revisación Médica

1. Si el afiliado no concurriese a la 2da. revisión médica se lo citará nuevamente a través del Formulario "Notificación de Comparencia para Examen Médico (Form. XXX - Anexo A). Si no compareciere se procederá a reservar el trámite en cuyo caso se labrará un Acta disponiendo la reserva del mismo, notificando a las partes interesadas por listado y afiliado/apoderado por notificación fehaciente.
2. Si el afiliado concurriese sin los estudios correspondientes se procederá a reservar el trámite, juntamente con nota solicitada al prestador donde conste que el afiliado no se presentó a realizar los estudios, labrando un Acta disponiendo la reserva del mismo, notificando a las partes interesadas por listado y afiliado/apoderado por notificación fehaciente.
3. Cuando el afiliado se presente nuevamente, se le asignará nueva fecha para revisión médica dentro de los 10 días corridos siguientes.

4. Si el afiliado solicitara una nueva fecha para la recitación a la 2da. Revisación Médica procederá a asignarla mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma por listado semanal a las partes interesadas.

Segunda revisión médica

1. Ante la concurrencia del afiliado, o la constitución de la Comisión Médica en el lugar donde se encuentra, se deberán evaluar los antecedentes reunidos en el expediente, pudiendo presentarse dos situaciones:
 - a) Que se encuentren reunidos todos los elementos necesarios para dictaminar, por lo que se redactará el Acta de 2da. Revisación Médica, fijando fecha de dictamen, dentro de los 10 días hábiles siguientes, notificando a las partes interesadas por listado y al afiliado por suscripción del Acta.
 - b) Que no se reúnan todos los elementos necesarios para dictaminar, por lo que se redactará el Acta de 2da. Revisación Médica (Form. XXX - Anexo B), solicitándose la práctica y/o interconsulta faltante y fijándose fecha de dictamen, dentro de los 10 días hábiles siguientes, notificando por listado a las partes interesadas y al afiliado/apoderado por suscripción del Acta.

Nótese que la solicitud de estudios no prolonga el plazo.

Dictamen

1. Emitir el formulario de "Dictamen de Comisión Médica trámite de retiro por invalidez" (Form. XXX Anexo D), dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes de suscripta el "Acta de Examen Médico para trámite de retiro por invalidez" correspondiente a la 1ra. y/o 2da. revisión médica, según modelo vigente y estableciéndose el porcentaje de disminución de la capacidad laborativa (calificación de invalidez).
2. En el dictamen deberá constar, en caso de corresponder:
 - a) Tratamiento de rehabilitación psicofísica y/o de capacitación laboral.
 - b) Tratamientos médicos curativos de probada eficacia.
3. El dictamen será suscripto como mínimo por tres miembros de la comisión, incluyendo preferentemente a los médicos asignados al tratamiento del mismo.
4. Las partes podrán designar representantes para participar en la audiencia del dictamen quienes podrán presentar estudios y diagnósticos realizados a su costa, así como antecedentes e informes. En los supuestos que existieran objeciones por las partes presentes y/o por los miembros de la comisión, se registrará un resumen de sus dichos en el Libro de Actas habilitado a tal fin y serán suscriptas por el objetante, sin provocar incidencia sobre la tramitación del expediente.

Estas disidencias no serán asentadas en el dictamen (resolución).

5. Notificar dentro de los 3 (tres) días corridos, el "Dictamen de Comisión Médica trámite de retiro por invalidez" de la siguiente forma:
 - a) Original: Para el afiliado o su apoderado y las copias correspondientes a las partes interesadas, con aclaración de "ES COPIA FIEL" firmada por cualquier miembro integrante (médico) de la Comisión.

Apelación del dictamen emitido por la Comisión Médica

Los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas serán recurribles por las partes interesadas ante la Comisión Médica Central.

Bastará para ello hacer una presentación escrita antes de los 5 (cinco) días hábiles de notificado el dictamen en la Comisión Médica actuante. Dicho plazo vencerá cumplidas las dos primeras horas hábiles del día sexto.

En la presentación debe constar de:

- a) Apellido y nombres del afiliado (excluyente).
- b) C.U.I.T. o C.U.I.L. del afiliado (no excluyente).
- c) Comisión Médica actuante (no excluyente).
- d) Objeciones que se consideren necesarias sobre los fundamentos del Dictamen, consignando expresamente que se apela la resolución notificada (no excluyente).
- e) Firma del apelante/apoderado (excluyente).

El administrativo de la Comisión Médica deberá realizar el siguiente procedimiento:

1. Recibir la apelación.
2. Verificar el cumplimiento de los plazos establecidos en la presentación.
3. Remitir lo actuado por Correo Interno (Bolsa) a la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas, dentro de las 48 horas desde la finalización del plazo de apelación, para su remisión a la Comisión Médica Central, con firma del Coordinador de la Comisión, adicionándole la Hoja de Ruta. (Form XXX - Anexo G).
4. Fotocopiar lo actuado como resguardo de la documentación para casos de extravío y archivar las mismas en el Bibliorato de Expedientes Apelados, ordenado por fecha de dictamen.
5. En caso que la apelación fuera interpuesta vencido el plazo legal se dejará constancia en el expediente con el siguiente texto: ***“Atento el recurso interpuesto a fs. y resultando el mismo extemporáneo (conforme art. 49, punto 3, Ley 24.241), se rechaza el mismo. Notifíquese al recurrente”.***
6. En el caso precedente se elaborará la siguiente notificación, que se le remitirá al apelante. ***“Se le hace saber que atento haber transcurrido en exceso el plazo legal previsto por el art. 49, punto 3, de la Ley 24.241, la apelación interpuesta contra el dictamen de fecha, de esta Comisión Médica (Expediente N°) resulta extemporánea. En consecuencia le notifico que dicho recurso ha sido rechazado.”.*** El plazo para remitir la notificación de rechazo no debe exceder 10 días.
7. En el listado semanal a remitir a las partes interesadas, se informarán los dictámenes apelados en tiempo. De tal forma que las otras partes tomen conocimiento que el dictamen fue apelado. Además será notificado el afiliado por medio fehaciente.
8. Se informará en el listado, cada 20 días, que a la fecha de emisión del mismo no se ha recibido apelación por las partes interesadas de los dictámenes, por lo que podrían considerarse firmes.

Partes Interesadas

REPARTO

ANSeS
Afiliado/apoderado

CAPITALIZACION

AFJP
Cía. De Seguros
Afiliado/apoderado
ANSeS (Cuando son hombres nacidos antes de 1963 y mujeres nacidas antes de 1968)

Comisión Médica Central

Evaluación del Expediente

El Coordinador de la Comisión Médica Central:

1. Procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de la documentación médica remitida por la Comisión Médica actuante.

Asignará el expediente a por lo menos dos médicos de la comisión, teniendo en cuenta la patología del afiliado y las especialidades de los médicos, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la comisión, incluido el mismo. Con la siguiente indicación que surge de la evaluación efectuada en el punto anterior y considerando que la revisión médica deberá hacerse sólo y exclusivamente en aquellos casos en que las propias particularidades de la patología invalidante de que se trate y de los términos en que quedare planteado el cuestionamiento del recurrente, tal examen se hiciera imprescindible para resolver la apelación:

- a) Podrá pasar las actuaciones a dictamen sin citar al afiliado para su revisión médica.
- b) En caso de que las particularidades propias de la patología invalidante y los términos planteados en la objeción del recurrente impidan dictaminar, procederá a citar al mismo para su revisión médica, siguiendo con la tramitación del expediente el mismo procedimiento establecido para la Comisión Médica actuante en la instancia anterior.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio del Afiliado o en el lugar de internación, la revisión médica podrá ser efectuada por un médico designado a tal efecto por la comisión médica, el que actuará como informante. Del Acto se dejará constancia expresa en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría simple de sus integrantes.

Apelación ante la Comisión Médica Central

Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por las partes interesadas ante la Cámara Nacional de Seguridad Social y los plazos de presentación concuerdan con los especificados en los procedimientos para las Comisiones Médicas actuantes, remitiendo lo actuado a la Cámara mencionada. Fotocopiará lo actuado solamente en la Comisión Médica Central, ya que la totalidad del expediente elevado a ésta se encuentra archivado en la Comisión Médica actuante.

Si el Expediente no fuera apelado, vencido el plazo de apelación, el mismo se remitirá a la Comisión Médica actuante en primera instancia para la continuidad del trámite. (Archivo o control periódico según corresponda).

TRAMITACIÓN DE DERECHOHABIENTES (ART. 53)

a) Pensión por Fallecimiento. Derechohabientes

La Ley 24.241 establece en su art. 53 que la limitación de edad establecida en el inciso e) para revistar como derechohabientes (18 años), para hijos solteros, hijas solteras e hijas viudas, no rige si los mismos se encontraren incapacitados para el trabajo a la fecha del fallecimiento del causante o incapacitados a la fecha en que cumplieran dieciocho (18) años de edad.

Corresponde a las Comisiones Médicas dictaminar la incapacidad para el trabajo de los derechohabientes mencionados.

- Consideraciones Particulares

1. Se utilizarán formularios rotulados como "Pensión por fallecimiento. Evaluación de incapacidad del derechohabiente".

2. Se dictaminará la incapacidad del derechohabiente a la fecha de fallecimiento del afiliado, tal como lo establece la ley. Se podrá requerir al solicitante la presentación de la documentación necesaria para ello. En aquellos casos en que el menor se incapacite a posteriori del fallecimiento del afiliado y hasta la edad de 18 años, para proceder a recalcular el haber del beneficio la administradora solicitará la determinación de la incapacidad laborativa del derechohabiente.
3. No se realizará psicodiagnóstico para evaluar las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía.
4. Se mantendrán los plazos y procedimientos administrativos (citaciones, comunicaciones, apelaciones, etc.) establecidos en el art. 49.
5. En el dictamen se establecerá el porcentaje de disminución de su capacidad laborativa, no de invalidez, por lo tanto no corresponde el uso de factores complementarios.
6. El beneficio que se otorga por ser distinto del Retiro por Invalidez, no incluye los tratamientos de rehabilitación psicofísica, recapacitación laboral y tratamiento médico de probada eficacia.
7. Este beneficio tiene carácter definitivo, por lo cual no se citará nuevamente al beneficiario.

b) Declaración de Incapacidad de Derechohabientes

A fin de determinar el capital técnico necesario y el haber de la prestación, la administradora podrá solicitar la evaluación de derechohabientes presuntamente incapacitados declarados por el titular de los beneficios mencionados.

- Consideraciones Generales

Los procedimientos detallados corresponden a beneficios otorgados por la Ley 24.241. No obstante ello y hasta tanto se disponga lo contrario, estos procedimientos también se utilizarán para los pedidos de beneficios derivados de leyes anteriores (18.037/8).

- Consideraciones Particulares

1. Utilizar formularios rotulados como "Jubilación o Retiro Definitivo por Invalidez. Evaluación de incapacidad del derechohabiente" .
2. No se realizará psicodiagnóstico para evaluar las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía.
3. Se mantendrán los plazos y procedimientos administrativos (citaciones, comunicaciones, apelaciones, etc.) establecidos en el art. 49.
4. En el dictamen se establecerá el porcentaje de disminución de su capacidad laborativa, no de invalidez, por lo tanto no corresponde el uso de factores complementarios.

TRAMITACIÓN DE PRESTACIÓN POR EDAD AVANZADA

La Ley 24.347 incorpora como art. 34 bis de la Ley 24.241 la "Prestación por Edad Avanzada".

Para tener derecho a la misma se deben reunir varios requisitos, entre ellos, haber cumplido 70 años, con la excepción de que se incapacitare siendo mayor de 65 años.

En su Decreto reglamentario N° 679/95, establece que la invalidez será determinada por las comisiones médicas en la forma establecida por los artículos 48 y 49 de la Ley 24.241 y su reglamentación.

- Consideraciones Generales

Como otro de los requisitos para acceder a esta prestación, es acreditar la antigüedad en la afiliación y determinado número de aportes, las edades referidas en el enunciado no son estrictas, pudiendo presentarse a fin de ser evaluados afiliados de mayor edad. La verificación de los requisitos para acceder al beneficio, corresponde efectuarla a la Administradora. Las Comisiones Médicas sólo determinarán el porcentaje de invalidez del afiliado remitido por la Administradora.

- Consideraciones Particulares

1. No utilizar formularios rotulados como Retiro por Invalidez, ya que se trata de otro beneficio. El formulario debe respetar el nombre del beneficio: "Determinación de invalidez. Prestación por edad avanzada".
2. No se realizará psicodiagnóstico para evaluar las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía.
3. Se mantendrán los plazos y procedimientos administrativos (citaciones, comunicaciones, apelaciones, etc.) establecidos en el art. 49.
4. En el dictamen se establecerá el porcentaje de invalidez, por lo tanto se podrán utilizar los factores complementarios y el factor compensador.
5. El beneficio que se otorga por ser distinto del Retiro por Invalidez, no incluye los tratamientos de rehabilitación psicofísica, capacitación laboral y tratamiento médico de probada eficacia.
6. Este beneficio tiene carácter definitivo, por lo cual no se citará nuevamente al beneficiario.

TRAMITACIÓN DE JUBILACIÓN ORDINARIA LEY 20.475 - RÉGIMEN ESPECIAL PARA MINUSVÁLIDOS

La Ley 20.475 sancionada el 23/05/73 y publicada en el BOLETÍN OFICIAL el 06/06/73, establece que tendrán derecho a este beneficio, los afiliados cuya invalidez física o intelectual, certificada por autoridad sanitaria oficial, produzca en la capacidad laborativa una disminución mayor del 33%.

Los requisitos necesarios en cuanto a edad y aportes deberán ser verificados por la administradora, quien también requerirá al afiliado toda la documentación probatoria que acredite fehacientemente que durante los diez años anteriores al cese o a la solicitud de beneficio prestó servicios en estado de minusvalía.

- Consideraciones Particulares

1. No utilizar formularios rotulados como Retiro por Invalidez, ya que se trata de otro beneficio. El formulario debe respetar el nombre del beneficio: "Jubilación ordinaria. Ley 20.475".
2. En la citación a primera revisión, se recordará al afiliado que debe aportar a la administradora toda la documentación probatoria que acredite fehacientemente que durante los diez años anteriores al cese o a la solicitud de beneficio prestó servicios en estado de minusvalía.
3. No se realizará psicodiagnóstico para evaluar las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía.
4. Se mantendrán los plazos y procedimientos administrativos (citaciones, comunicaciones, apelaciones, etc.) establecidos en el art. 49 de la Ley 24.241, exceptuando de comunicar a la Cía de Seguros, ya que no es parte interesada.

5. En el dictamen se establecerá si de acuerdo a la documentación presentada, el afiliado reúne el requisito de "disminución de la capacidad laborativa mayor del 33% en los 10 años anteriores al cese o a la solicitud de beneficio", estableciendo el porcentaje de acuerdo al Baremo Dec. 1290/94.

En virtud de lo establecido en dicho Decreto no se podrán utilizar los factores complementarios ni el factor compensador.

Para aquellos casos donde el afiliado no acredite fehacientemente que durante los diez (10) años anteriores al cese o a la solicitud del beneficio prestó servicios en estado de minusvalía, la Comisión Médica deberá limitarse a determinar el porcentaje de invalidez a la fecha de la revisión médica practicada, dejando constancia del hecho en el dictamen.

6. El beneficio que se otorga por ser distinto del Retiro por Invalidez, no incluye los tratamientos de rehabilitación psicofísica, recapacitación laboral y tratamiento médico curativo de probada eficacia.
7. Este beneficio tiene carácter definitivo, por lo cual no se citará nuevamente al beneficiario.



TRAMITACIÓN DE APELACIONES DE EXÁMENES MÉDICOS DE INGRESO DE AFILIADOS AUTÓNOMOS AL SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SIJP).

Apelaciones de autónomos

El Decreto 55/94 reglamentario del art. 27 de la Ley 24.241, establece como obligatorio para el trabajador autónomo que se incorpore al SIJP, someterse a examen médico a los fines de determinar si padece alguna incapacidad en los términos del art. 48 de la Ley 24.241, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez y pensión por fallecimiento del afiliado sin perjuicio de lo establecido en la Ley 20.475.

La Resolución conjunta 87/94 y 121/94 de la Secretaría de Seguridad Social y la Secretaría de Ingresos Públicos establece que el dictamen médico efectuado al respecto, por la ANSeS o las AFJP podrán ser recurridos ante la Comisión Médica que corresponda, en la forma prevista en el apartado 3 del art. 49 de la Ley 24.241. El dictamen que emita la Comisión Médica será a su vez recurrible en la misma forma ante la Comisión Médica Central.

– Consideraciones Particulares

1. Los formularios a utilizar respetarán el nombre del trámite: "Apelación de examen médico de ingreso de afiliado autónomo al SIJP".
2. No se realizará psicodiagnóstico para evaluar las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía.
3. Se mantendrán los plazos y procedimientos administrativos (citaciones, comunicaciones, apelaciones, etc.) establecidos en el art. 49 de la Ley 24.241.
4. En el dictamen se establecerá el porcentaje de disminución de su capacidad laborativa, no de invalidez, por lo tanto no corresponde el uso de factores complementarios.
5. El presente trámite por ser distinto del Retiro por Invalidez, no incluye los tratamientos de rehabilitación psicofísica, recapacitación laboral y tratamiento médico curativo de probada eficacia.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

COMISION MEDICA

LOCALIDAD

FECHA

NOTIFICACION DE COMPARENCIA PARA EXAMEN MEDICO

CUIL / CUIT

Expediente N°

Apellido y Nombre del Afiliado

Apellido y Nombre del Apoderado

Dirección

Código Postal

Localidad

Notificamos a Ud. que:

Deberá presentarse / la Comisión Médica se presentará, el día/...../....., a las horas, en

Para ser sometido (a) al Examen Médico dispuesto por la Ley 24.241, Art. 49, en Virtud de su Solicitud de "Identificación trámite"

Observaciones:

.....
Firma Aclaración Sello

Medio de Comunicación a Utilizar

Anexo A

Notificación de Comparencia para Examen Médico

Objetivo

Citar fehacientemente al afiliado, directamente o a través de su apoderado, para su comparencia, destinada a efectuar los exámenes previstos en el artículo N° 49 de la Ley 24.241.

Emisor

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

Distribución

Original: al afiliado o su apoderado.

Duplicado: se archiva en el expediente junto con el comprobante de haberse efectuado la notificación fehaciente.

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. C.U.I.T./C.U.I.L. : Consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del afiliado.
5. Expediente N°: Indicar el número de expediente de referencia.
6. Apellido y nombre del Afiliado: Consignar el Apellido y nombres completos del afiliado evitando el uso de iniciales.
7. Apellido y nombre del Apoderado: Consignar en caso de corresponder el Apellido y nombres completos del apoderado del afiliado evitando el uso de iniciales.
8. Dirección: Consignar el domicilio del afiliado indicado en el expediente de referencia a efectos de recibir las notificaciones.
9. Código Postal: Indicar el código postal correspondiente a la dirección indicada en el punto anterior.
10. Localidad: Indicar la localidad correspondiente a la dirección indicada en el p. 9.
11. Notificamos a Ud. que: Indicar el día, mes, año y hora en que el afiliado deberá presentarse en la C.M., o la Comisión se presente en domicilio legal.
12. En: Indicar la dirección donde el afiliado deberá presentarse en la C.M. o viceversa.
13. La presente debe ser firmada por el presidente de la Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES			
COMISION MEDICA []			
LOCALIDAD	[]	FECHA	[]
ACTA DE EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE "IDENTIFICACION TRAMITE"			
CUIL / CUIT	[]	Expediente N°	[]
TIPO DE EXAMEN MEDICO			
Examen Clínico	[]	Primera Revisación	[]
Segunda Revisación	[]	Control Posterior	[]
Signos y Síntomas			
[]			
[]			
[]			
[]			
Estudios Complementarios Realizados/Solicitados			
[]			
[]			
[]			
Fecha Asignada a 2 da. Revisación		Fecha Asignada a Dictamen	
[]		[]	
Observaciones del Afiliado y/o de los Médicos designados por las partes			
[]		Por las Partes interesadas	
[]		
[]		Nombre del Representante, Firma y Aclaración	
[]		[]	
[]		[]	
Afiliado	Comisión Médica	Comisión Médica	Comisión Médica
.....
Firma y Aclaración	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello
			Form. Nro.: XXX

Anexo B

Acta de Examen Médico para Trámite "*Identificación Trámite*"

Objetivo

Dejar constancia de lo actuado en cada Examen Médico a que sea sometido el afiliado. En identificación trámite deberá consignarse el nombre del trámite correspondiente. (EJ. Retiro por Invalidez, Pensión por Fallecimiento Evaluación de incapacidad del derechohabiente, Determinación de invalidez Prestación por edad Avanzada, etc.).

Emisor

En todos los casos el emisor de este formulario es la C.M., y será suscripta por la misma, el afiliado y los Médicos designados por los interesados.

Distribución

Original: Se archiva en el expediente.

Duplicado: Permanece adherida al libro de Actas.

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 C.M..
3. Fecha: Indicar la fecha de emisión.
4. C.U.I.T./C.U.I.L.: Consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del afiliado.
5. Expediente N°: Indicar el número de expediente de referencia.
6. Tipo de examen médico: Examen clínico, Primera revisión, Segunda revisión, Control posterior: marcar con una cruz el casillero previsto para el tipo de examen de que se trate.
7. Signos y Síntomas: Consignar los síntomas declarados por el afiliado y los signos detectados por el médico.
8. Estudios complementarios realizados/solicitados: Consignar los estudios complementarios y/o interconsultas a ser realizados con especialistas o los que presente el afiliado.
9. Fecha Asignada a 2da. Revisación Médica: Consignar la fecha asignada.
10. Fecha Asignada a Dictamen: Consignar la fecha correspondiente.
11. Observaciones del Afiliado y/o de los Médicos designados por las partes: Los médicos de parte y/o el afiliado tendrán derecho a manifestar su conformidad, o disconformidad con lo actuado, firmando en el lugar correspondiente.
12. Afiliado: Consignar la firma y aclaración del afiliado o de su apoderado.
13. Comisión Médica: Consignar la firma, aclaración y sello de la Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

COMISION MEDICA

LOCALIDAD

FECHA

ORDEN DE ESTUDIOS PARA TRAMITE "IDENTIFICACION TRAMITE"

CUIL / CUIT

Expediente N°

Apellido y Nombre del Afiliado

Apellido y Nombre del Profesional Actuante o Razón Social

Lugar donde se efectuarán los estudios

Localidad

Teléfonos/Fax

ESTUDIOS SOLICITADOS

Código

Descripción de la práctica

FECHA DE PRESTACION

/ /

Resumen Orientador para el Prestador

Comisión Médica

Comisión Médica

Recepción de Original y/o Estudios

.....
Firma, Aclaración y Sello

.....
Firma, Aclaración y Sello

.....
Firma, Aclaración y Sello

El reconocimiento económico de los códigos y/o prácticas médicas solicitadas están sujetos a normas del Tarifario Médico Previsional y de Auditoría Médica

Form. Nro.: XXX

Anexo C

Orden de Estudio para Trámite de "Identificación Trámite"

Objetivo

Notificar al afiliado y al Especialista el/los Estudio/s que deberá/n realizarse. En identificación trámite deberá consignarse el nombre del trámite correspondiente.(EJ. Retiro por Invalidez, Pensión por Fallecimiento Evaluación de incapacidad del derechohabiente, Determinación de invalidez Prestación por edad Avanzada, etc.).

Emisor

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

Distribución

Original: Se entrega al afiliado, quien lo entregará al Especialista.

Duplicado: Se archiva en el expediente, como constancia de los estudios solicitados.

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 C.M..
3. Fecha de Emisión: Indicar fecha de emisión de la Orden de Estudios.
4. C.U.I.T./C.U.I.L. : Consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del afiliado.
5. Expediente N°: Indicar el número de expediente asignado al afiliado.
6. Apellido y Nombre del Afiliado: consignar el apellido y nombres completos del afiliado evitando el uso de iniciales.
7. Apellido y Nombre del Profesional Actuante o Razón Social: indicar el Apellido y Nombres completos o Razón Social del profesional actuante donde se derive al afiliado para efectuarse los estudios.
8. Lugar donde se efectuarán los estudios complementarios: Consignar el domicilio completo del Profesional Actuante o Razón Social donde se efectuarán los estudios complementarios al afiliado.
9. Localidad: Indicar la localidad donde se efectuarán los estudios complementarios al afiliado.
10. Teléfono: Indicar el telef. donde se efectuarán los est. complement. al afiliado.
11. Código de la Práctica: Consignar el código asignado en el Tarifario Médico Previsional al estudio complementario solicitado al afiliado.
12. Descripción de la Práctica: Indicar claramente la descripción de la práctica según el Tarifario Médico Previsional evitando el uso de siglas o abreviaturas.
13. La presente debe ser firmada por los médicos asignados al trámite.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

COMISION MEDICA

FOLIO

LOCALIDAD

FECHA

DICTAMEN DE COMISION MEDICA TRAMITE "IDENTIFICACION TRAMITE"

ADMINISTRADORA

Expediente N°

CUIL / CUIT

Documento de Identidad

Fecha de Solicitud

Edad (a la fecha del Dictamen)

Apellido y Nombre del Afiliado

Introducción

Fundamentos

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

.....
Firma y Sello

Form. Nro.: XXX

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

COMISION MEDICA

FOLIO

LOCALIDAD

FECHA

DICTAMEN DE COMISION MEDICA TRAMITE "IDENTIFICACION TRAMITE"

CUIL / CUIT

Expediente N°

Fundamentos

Conclusión

Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica Indicado

Tratamiento de Recapacitación Laboral Indicado

Tratamiento Médico Curativo de Probada Eficacia

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

Comisión Médica

.....
Firma y Sello

Anexo D

Dictamen de Comisión Médica Trámite de “Identificación Trámite”

Objetivo

Establecer con fundamentos técnicos la capacidad laboral, tanto física como intelectual del afiliado. En identificación trámite deberá consignarse el nombre del trámite correspondiente. (EJ. Retiro por Invalidez, Pensión por Fallecimiento Evaluación de incapacidad del derechohabiente, Determinación de invalidez Prestación por edad Avanzada, etc.).

Emisor

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

Distribución

Original: Para el afiliado o su apoderado.

Copias: Para la Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones que originó el trámite, para la Compañía de Seguros, para la ANSeS y para archivo en el expediente junto con el comprobante de haberse efectuado la comunicación fehaciente.

Contenido

1. Folio: Se consignará el número de folio.
2. Comisión N°: Consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
3. Localidad: Consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
4. Fecha: Indicar la fecha de emisión.
5. Administradora: Consignar la Administradora a la que pertenece el afiliado.
6. Expediente N°: Indicar el número de expediente de referencia.
7. C.U.I.T./C.U.I.L. : Consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del afiliado.
8. Documento de Identidad: Consignar tipo y número de documento.
9. Fecha de solicitud: Consignar la fecha indicada en el formulario de “Solicitud de retiro por invalidez”.
10. Edad: indicar la edad del afiliado al momento del dictamen expresada en años.
11. Apellido y nombre del Afiliado: consignar el apellido y nombres completos del afiliado evitando el uso de iniciales.
12. Introducción: Consignar los antecedentes del afiliado.
13. Fundamentos: Consignar los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen.
14. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo anterior se consideran verificados o no los requisitos del Artículo 48, inciso a) conforme a las normas a que se refiere el Artículo 52.
15. Tratamiento de rehabilitación indicado: en caso de encontrarse verificados los requisitos del Inciso a) del Artículo 48, se señalará el tratamiento de rehabilitación psicofísica que deberá seguir el afiliado; en caso de existir tratamientos médicos curativos eficaces para las afecciones invalidantes se prescribirán los mismos.

16. Tratamiento de recapacitación laboral indicado: En caso de prescribirse tratamiento de recapacitación laboral deberá registrarse en este apartado.
17. Tratamiento Médico Curativo de Probada Eficacia: En caso de prescribirse tratamiento médico deberá registrarse en este apartado.
18. La presente debe ser firmada con aclaración y sellos como mínimo por tres miembros de la Comisión Médica, incluyendo preferentemente a los médicos asignados al trámite.



Anexo E

Listado Semanal Informe de Trámites de "Identificación Trámite"

Objetivo

Informar a las partes interesadas el estado de los expedientes tramitados en la Comisión Médica. En identificación trámite deberá consignarse el nombre del trámite correspondiente. (EJ. Retiro por Invalidez, Pensión por Fallecimiento Evaluación de incapacidad del derechohabiente, Determinación de invalidez Prestación por edad Avanzada, etc.).

Emisor

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

Distribución

Original: Para el afiliado o su apoderado.

Copias: Para las partes interesadas (Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones que originó el trámite, para la Compañía de Seguros, para la ANSeS y para archivo en el expediente junto con el comprobante de haberse efectuado la comunicación fehaciente).

Contenido

Para todos los casos se consignarán los datos siguientes: Tipo de Beneficio Previsional, Número de Expediente de la Administradora, Número de expediente de la Comisión Médica, C.U.I.L./C.U.I.T., Apellido y Nombre del Afiliado/Apoderado, fecha de citación, más los que correspondan al tipo de información.

1. Citación a 1ra. Revisación Médica.
 - Fecha de citación a 1ra. Revisación.
2. Cambio de fecha de 1ra. Revisación médica a pedido del afiliado.
3. Recitación a 1ra. Revisación Médica bajo apercibimiento de caducidad y archivo.
 - Conteniendo cambio de fecha a pedido y número de expediente que se ha dispuesto la caducidad y archivo.
4. 2da. Revisación Médica.
5. Reserva de Trámite por incomparencia a 2da. Revisación médica o por no realizar estudios solicitados.
6. Nueva fecha a 2da. Revisación Médica a solicitud del afiliado.
7. Fecha asignada para dictamen.
8. Dictámenes apelados.
 - Cantidad e identificación de la parte apelante.

Anexo F
Carátula de Expediente

Objetivo

Registrar la información del inicio del Expediente.

Emisor

Comisión Médica.

Distribución

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. Nº: Número de Expediente asignado.
4. Expediente de Origen Nº: Número de Expediente asignado en la A.F.J.P..
5. A.F.J.P/A.R.T.: Nombre de la A.F.J.P/ A.R.T donde se inició el trámite.
6. Folios Útiles:
7. Apellido y Nombre del Solicitante: Correspondiente al Solicitante del Beneficio.
8. C.U.I.L. o Tipo y Nº de Documento: Documento del Solicitante.
9. Domicilio: Domicilio del Solicitante.
10. Localidad: Indicar la localidad que corresponda al domicilio del Solicitante.
11. Código postal: Indicar el código de la localidad que corresponda.
12. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.
13. Apellido y Nombre del Damnificado: Sólo para trámites laborales
14. C.U.I.L.: Del Damnificado, sólo para trámites laborales
15. Tipo de Trámite Solicitado: Nombre del Trámite Solicitado.
16. Fecha de Iniciación: Indicar la fecha que corresponda.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

COMISION MEDICA

LOCALIDAD

HOJA DE RUTA

DIRIGIDA A COMISION MEDICA CENTRAL

N° de Expte. de Comisión Médica

A.N.S.e.S./A.F.J.P.

Tipo de Beneficio

Apellido y Nombres del Afiliado

Domicilio

Código Postal/Localidad

Provincia

Fecha de la Solicitud de Beneficio

Fecha de Recepción en la Comisión Médica

Fecha de 1° revisión

Fecha de 2° revisión

Fecha del dictámen

Porcentaje de invalidez otorgado

Fecha de envío del dictámen

Afiliado

A.F.J.P.

A.N.S.e.S.

Cía. de Seguros

Fecha de recepción del dictámen

Afiliado

A.F.J.P.

A.N.S.e.S.

Cía. de Seguros

Dictámen apelado por

Fecha de Apelación

Anexo G

Hoja de Ruta

Objetivo

Informar a la Comisión Médica Central el trámite seguido por el Expediente hasta su apelación.

Emisor

Comisión Médica.

Destinatario

Comisión Médica Central.

Distribución

Original: Para el expediente.

Copias: Un ejemplar.

Contenido

1. Nro. de Expte de Comisión Médica: Corresponde el número asignado al Expediente en la Comisión Médica de origen.
2. A.N.Se.S./A.F.J.P.: Indicar el nombre de la A.F.J.P. o Delegación A.N.S.e.S. que corresponda.
3. Tipo de Beneficio: Corresponde el Tipo de Beneficio solicitado.
4. Apellido y Nombre del Afiliado: Indicar el apellido y nombres completos del Solicitante del Beneficio.
5. Domicilio: Corresponde el domicilio del Solicitante.
6. Cod.Postal/Localidad: Indicar el código postal y la localidad que corresponda.
7. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.
8. Fecha de la Solicitud de Beneficio: Indicar la fecha que corresponda.
9. Fecha De Recepción En La Comisión Médica: Indicar la fecha de recepción de acuerdo a las siguientes opciones:
10. Fecha de 1º revisión: Indicar la fecha que corresponda a la primer revisión.
11. Fecha de 2º revisión: Indicar la fecha que corresponda a la segunda revisión.
12. Fecha del Dictamen: Indicar la fecha que corresponda.
13. Porcentaje de Invalidez otorgado: Corresponde el Porcentaje determinado por la Comisión Médica.
14. Fecha De Envío Del Dictamen: Registrar en cada Destino la fecha correspondiente.
15. Fecha De Recepción Del Dictamen: Registrar en cada Destino la fecha correspondiente.
16. Dictamen apelado por: Indicar quién efectuó la apelación.
17. Fecha de Apelación: Indicar la fecha que corresponda.

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

TRAMITACION DE INCAPACIDAD LABORAL

Actuación ante la Comisión Médica

A. Armado del expediente

El Administrativo de la Comisión Médica deberá realizar el siguiente procedimiento en oportunidad de ingresar la documentación necesaria para iniciar el trámite (confeccionada o nó como expediente) en la Comisión Médica.

1. Recibir en mano o por servicio postal habilitado el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" Form. Nro.: xxx (Anexo A) presentado por la ART o Autoasegurada y/o la "Denuncia del Trabajador o Derechohabiente" Form. Nro.: xxx (Anexo B) en el caso en que la presentación sea hecha por el trabajador o derechohabientes, los certificados extendidos por profesionales de la salud idóneos y los estudios complementarios efectuados.
2. Sellar y fechar el original y copia de la "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Trabajador o Derechohabientes".
3. Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:
 - Los tres primeros dígitos que identifican a la Comisión Médica.
 - "L" Identificación de Trámite Laboral.
 - Los cuatro siguientes a partir del 0001 que identifican al número de expediente.
 - "/".
 - Los dos últimos al año de emisión.

Ej.: 001-L-0001/96 Comisión Médica N° 1, Trámite Laboral, Expediente N° 1 del año 1996

4. Registrar dicho número en el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Trabajador o Derechohabientes".
5. Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica, los datos de la "Solicitud" ingresada.
6. Proceder al armado del expediente, integrado por los siguientes elementos y en el siguiente orden:
 - a) Carátula (o "Tapa del Expediente" Form. Nro.: xxx, Anexo I): Se consignará el N° de expediente, los datos del damnificado y ART/Autoasegurada, fecha de inicio, quien inicie el trámite y un breve extracto de lo solicitado.
 - b) Original de la "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Trabajador o Derechohabientes".
 - c) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (hojas 1-2 y último cambio de domicilio), Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica (hojas 1-2-3-4 y último cambio de domicilio) y constancia del domicilio legal del damnificado (la Cédula de Identidad no es válida).

En casos de imposibilidad de presentación del documento, podrá ser incorporado la fotocopia de otro documento que acredite la identidad en forma transitoria,

conjuntamente con la constancia de iniciación del trámite de solicitud de D.N.I. ante la autoridad competente.

- d) En caso que la denuncia fuera realizada por los derechohabientes, familiares o por terceros se agregará: fotocopia del Documento Nacional de Identidad (hojas 1-2 y último cambio de domicilio), Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica (hojas 1-2-3-4 y último cambio de domicilio y constancia del domicilio legal de los mismos, documentación que acredite el vínculo familiar, sesión de poder y/o certificado de defunción del damnificado (la Cédula de Identidad no es válida).

En casos de imposibilidad de presentación del documento, podrá ser incorporado la fotocopia de otro documento que acredite la identidad en forma transitoria, conjuntamente con la constancia de iniciación del trámite de solicitud de D.N.I. ante la autoridad competente.

- e) Historias clínicas o resúmenes y/o certificados originales suscriptos por profesionales de la salud idóneos.
- f) Estudios médicos complementarios (informes escritos y medios gráficos).
- g) Se agregarán los expedientes anteriores correspondientes al mismo trabajador y al mismo accidente en cuestión y copia fiel de los dictámenes correspondientes a los expedientes anteriores no relacionados con el accidente en cuestión.
7. Entregar el duplicado al recurrente o reintegrarlo por el servicio postal que ingresó, al domicilio denunciado.
8. Se deberá foliar con sello foliador de la Comisión Médica todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación, debiéndose colocar el mismo en el extremo superior derecho, no siendo superpuesto a ninguna escritura. El acta de recepción será el folio N° 1.

La Comisión Médica que inicia una actuación, y en cada caso la que la remite será la responsable de la operación de foliatura, la que será controlada por la dependencia receptora.

Se incorporarán foliados al Expediente todos los Estudios efectuados y las placas radiográficas; para estas últimas se colocará un adhesivo blanco en un extremo, que permita la colocación del folio. Sólo se incorporarán foliados los sobres que contengan datos de interés (matasellos de correo con fecha, etc.).

Los errores de foliatura deberán ser salvados, bajo constancia escrita en la foja erróneamente foliada y refoliando las actuaciones con sello refoliador.

Los expedientes provenientes de un Organismo Oficial que se incorporen a las actuaciones, no continuarán la foliatura de ésta (es decir, no deben ser foliados) y mantendrán su propia carátula y foliatura, pero deberán estar precedidos de una providencia en la que conste el ente de donde proviene, el número del mismo, las fojas útiles y los errores de foliado si los contuviere. La foja siguiente a incorporar llevará como número de folio el número siguiente al de la providencia de agregación.

Si las actuaciones que se desean agregar, provienen de un organismo no oficial, se procederá al foliado de las mismas.

En el caso de desglose de parte del contenido del expediente a pedido del afiliado, apoderado, Juez u otro, se dejará constancia en el expediente, aclarando motivo del desglose, persona que lo ha solicitado y fojas que fueron desglosadas, reemplazando las mismas cuando fuera posible por fotocopias.

9. Reintegrar la documentación presentada, a las partes correspondientes, sólo en los casos que se mencionan a continuación adicionándole una nota explicando el motivo de la devolución.
- a) Solicitud de Intervención llenada en forma incompleta.

- b) Falta de copia del Documento de Identidad del damnificado.
- c) Falta de certificación de domicilio del damnificado.
- d) Solicitud no contemplada en el presente título.

10. Se archivará como comprobante de la devolución la carátula y copia de la nota de devolución con el respectivo acuse de recibo.

11. Cuando las partes remitan la documentación completa se le asignará un nuevo número, al cual se agregará el expediente anterior.

B. Evaluación del expediente

El Coordinador de la Comisión Médica:

1. Procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de los antecedentes recibidos.
 - En aquellos casos en que surjan de los archivos de la Comisión Médica que el damnificado haya apelado al Juzgado Federal en un trámite anterior, se le requerirá en la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" que incorpore al expediente los dictámenes judiciales.
 - Se deberá evaluar la coherencia lógica entre los informes médicos y los exámenes de laboratorio o especialidad proporcionados por el interesado.
 - Se deberá estar alerta sobre la presencia de errores técnicos en el contenido de los informes y sobre la pertinencia de los mismos en relación a la patología por la cual el solicitante procura la intervención.
2. Asignará el expediente a por lo menos 2 médicos de la Comisión, teniendo en cuenta la patología del afiliado y las especialidades de los médicos, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la Comisión, incluido el mismo.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio del Afiliado o en el lugar de internación, la revisión médica podrá ser delegada en uno de los miembros el que actuará como informante del resto. Del acto de delegación se dejará constancia en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría simple de sus integrantes.

3. Proceder a realizar un análisis de los informes de los especialistas, los cuales deben cumplir las siguientes formalidades:
 - a) Corresponder a documentación original. No deben aceptarse fotocopias, aún cuando sean certificadas por escribano.
 - b) Indicar fecha de emisión.
 - c) Contener nombre/s y apellido/s y número de documento de identidad del damnificado.
 - d) Contener nombre completo del profesional informante, especialidad y número de matrícula.
 - e) Ser legibles.
 - f) No contener enmiendas, borrones, tachaduras o correcciones de ninguna especie, a menos que el propio profesional informante certifique en el mismo documento su validez.
 - g) Indicar la dirección o el lugar donde el certificado o examen fue extendido.
 - h) Tener membrete con identificación completa de la Entidad o del Hospital o Centro Médico, cuando de ello se trate.
4. Proceder a analizar los exámenes de laboratorio o especialidad, debe tener especial cuidado de recibirlos en forma completa. Hay exámenes que se componen de un medio gráfico (rayos X,

trazado electroencefalográfico, gráficos de campos visuales, etc.) y de un informe del resultado elaborado por un especialista quien interpreta el medio gráfico. En estos casos la Comisión deberá exigir la entrega de ambas cosas. En caso contrario la documentación recibida deberá considerarse como NO OBJETIVA.

Tratándose de placas radiográficas, estas deberán contener en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas el nombre, la fecha y el número del documento de identidad del interesado.

5. En aquellos casos que se solicite la homologación de un acuerdo entre la ART/Autoasegurada y el damnificado, se deberá evaluar si es compatible con lo establecido en la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales y el Listado de Enfermedades Profesionales (Ley 24.557).
6. Dejar constancia en el expediente de las observaciones y medidas recomendadas como consecuencia de las primeras.

C. Citación a las partes

Las comunicaciones deberán ser siempre con acuse de recibo.

Notificar a las Entidades Previsionales (AFJP/ANSeS y/o Cías de Seguro) ante la posibilidad de dictaminarse el carácter "definitivo" de una Incapacidad Laboral Permanente Total.

1. Analizar en base al expediente las condiciones ambulatorias del afiliado, decidiendo citar al mismo o constituirse en el domicilio donde el afiliado denuncia encontrarse.
2. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" Form. Nro.: xxx (Anexo C) por triplicado, o más (según corresponda). La Audiencia deberá practicarse dentro de los 10 (DIEZ) días de recibida la "Solicitud".
3. Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante notificación fehaciente con 3 (TRES) días de antelación como mínimo, ya sea citando al mismo o comunicando que la Comisión o el profesional se constituirá en su domicilio.
4. Remitir con igual plazo, el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" y copia de la "Denuncia" (Anexo C) si fuera iniciado por el damnificado o derechohabiente, mediante notificación fehaciente, a la ART/Autoasegurada dejando constancia en el expediente.
5. Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.
6. Archivar en el expediente el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los comprobantes de haberse emitido las comunicaciones fehacientes.

D. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

1. Si una de las partes no concurriese, se procederá a su recitación, según el punto C) Citación a las partes.
2. Si una de las partes persistiera en su no concurrencia:
 - a) En el caso en que el trámite haya sido iniciado por la otra parte, se continuará con el mismo, basándose en la información existente en los actuados, notificándose en forma fehaciente a la parte ausente que se continuará con el trámite a pesar de su incomparecencia.
 - b) En el caso en que hubiera sido presentado por la parte ausente, se archivará el expediente.
3. En el segundo supuesto del punto anterior, el expediente deberá quedar en poder de la Comisión Médica, debiendo asentarse tal circunstancia en el mismo mediante Acta, así como notificar a todas las partes interesadas de su caducidad y archivo por incomparecencia a la audiencia y/o examen médico del recurrente.

4. Si el damnificado solicitara una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico: proceder a asignar una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la ART/Autoasegurada según punto C) Citación a las partes.

5. En todos los casos agendar los plazos.

E. Imposibilidad de constitución de las Comisiones Médicas

1. Proceder en los mismos términos que el punto C) Citación a las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado, no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos a las partes. Deberán tenerse en cuenta la improrrogabilidad de los plazos otorgados por la Legislación.

2. Proceder de acuerdo al punto D) Procedimiento ante la no concurrencia de las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos imputables a una de las partes.

F. Audiencia y/o examen médico

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si la A.R.T./Autoasegurada se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente por formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" Form. Nro.: xxx (Anexo E) y emitir un dictamen según el punto K) Dictamen, en aquellos casos en que hubiese sido obligatorio la intervención de la Comisión Médica.

Para los casos en que se solicite la homologación de un acuerdo al que arribaron las partes, se evaluará si el mismo es compatible con lo establecido en la "Tabla de evaluación de incapacidades laborales" y el "Listado de enfermedades profesionales", continuando con el ítem 6.2. del presente punto.

1. Recibir los elementos en que se basa el recurrente para solicitar la intervención.

2. Recibir los elementos que aporte la otra parte.

3. Recibir los descargos de las partes con respecto a las pruebas aportadas.

4. Efectuar un examen clínico si correspondiere.

5. En el caso que el damnificado dificultare el examen, se seguirá el trámite con la información existente en el expediente dejando constancia en el mismo de tal circunstancia.

6. Realizada la evaluación, se pueden presentar los siguientes casos:

6.1. Si fuera necesario efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas o procedimientos especiales en ese momento se deberá:

a) Indicar los estudios necesarios, según el Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales o la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales o prácticas especiales según la legislación laboral.

b) Concretar con los Profesionales o Entidades que se encuentren en el "Listado de Prestadores" el día y hora de la consulta o práctica.

c) Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" Form. Nro.: xxx (Anexo D), por triplicado.

d) Entregar a la parte que corresponda, en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto solo por el destinatario", el original de la "Orden de Estudios para Trámites de Incapacidad Laboral".

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

- f) Incorporar al expediente el triplicado, firmado por ambas partes.
- g) Fijar lugar, fecha y hora para una siguiente audiencia, lo que figurará en el formulario de "Acta para Audiencia y/o Examen Médico".
- h) Proceder a agendar los vencimientos de los plazos.

- Los estudios estarán a cargo de la ART/Autoasegurada en el supuesto que no hubieran sido efectuados por la misma y así correspondiera. En caso contrario se seguirá con lo dispuesto en el art. 51 de la Ley 24241.
- Según la necesidad se podrá requerir el apoyo de peritos contratados, servicios profesionales u organismos técnicos; también se puede solicitar cooperación de la autoridad laboral o cualquier otra diligencia necesaria fuera de su competencia profesional cuando el conflicto así lo justifique.

6.2. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales o se tratase de una homologación, se procederá a asignar la fecha de emisión del dictamen, la cual será notificada fehacientemente al damnificado, ART/Autoasegurada y Entidades Previsionales si correspondiera, para luego continuar con el punto K) Dictamen.

7. Emitir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral", por triplicado, registrándose en el Acta con detalle, si correspondiera:

- Síntomas, signos y diagnóstico presuntivo y/o definitivo.
 - Detalle de los estudios y/o interconsultas o diligencias solicitadas y quien es el responsable de realizarlos.
 - Consignar los aportes y/o divergencias de los peritos de partes.
 - Nueva cita para analizar las conclusiones o fecha asignada para el dictamen.
 - Este Acta deberá ser firmada por la Comisión Médica, el damnificado, el representante de la ART/Autoasegurada y los peritos designados por los interesados que estuvieren presentes.
8. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado a la ART/Autoasegurada con lo que se considera debidamente notificados de la citación a la 2º audiencia o de la fecha del dictamen.

G. Recepción de estudios complementarios

1. Recibir de los especialistas el original de la "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" junto a los estudios o prácticas efectuados.
2. Proceder a controlar que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos.
3. Archivar toda la documentación en el expediente.
4. Cuando el damnificado solicite nueva fecha por causa justificada, se concertará nueva fecha, notificando a las partes en forma fehaciente.
5. En caso en que las partes no se sometieran o no efectuasen las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, por causa injustificada, se procederá al estudio de las actuaciones con los informes que figuren en éstas.

En el caso que la ART/Autoasegurada no cumpliera con las directivas de la Comisión Médica, se notificará a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de los bolsines de la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y se requerirán las prácticas según el Art. 51 de la Ley 24241.

H. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes a la 2da. audiencia y/o examen médico

1. Si una de las partes no concurriese, se procederá a su recitación, según el punto C) Citación a las partes.
2. Si una de las partes persistiera en su no concurrencia:
 - a) En el caso en que el trámite haya sido iniciado por la otra parte, se continuará con el mismo, basándose en la información existente en el expediente, notificándose fehacientemente a la parte ausente que se continuará con el trámite a pesar de su incomparecencia.
 - b) En el caso en que hubiera sido presentado por la parte ausente, se archivará el expediente.

En el segundo supuesto del punto anterior, el expediente deberá quedar en poder de la Comisión Médica, debiendo asentarse tal circunstancia en el mismo mediante Acta, así como notificar a todas las partes interesadas de su caducidad y archivo por incomparecencia a la audiencia y/o examen médico del recurrente.

3. Si el damnificado solicitara una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico: proceder a asignar una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la ART/Autoasegurada según punto C) Citación a las partes.
4. En todos los casos agendar los plazos.

I. Imposibilidad de constitución de la Comisión Médica

1. Proceder en los mismos términos que el punto C) Citación a las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado, no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos a las partes. Deberán tenerse en cuenta la improrrogabilidad de los plazos otorgados por la Legislación.
2. Proceder de acuerdo al punto D) Procedimiento ante la no concurrencia de las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos imputables a una de las partes.

J. 2da. Audiencia y/o examen médico

En aquellos casos en que sólo se requiera evaluar las prácticas solicitadas, no se procederá a examinar al damnificado.

1. Ante la concurrencia del damnificado o la constitución de la Comisión Médica o profesional autorizado en el lugar donde se encuentra, se deberán evaluar los antecedentes reunidos en el expediente, resolviendo en ese mismo momento, si reúnen los elementos necesarios para efectuar dictamen.
2. Confeccionar el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral", dejando constancia en la misma que se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" Form. Nro.: xxx (Anexo F), de acuerdo al punto K) Dictamen, en aquellos casos en que se considere que se reúnen todos los elementos necesarios; fijando fecha y hora del mismo y procediendo a notificar a las partes con la firma del Acta.

K. Dictamen

1. Emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral" o "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" Form. Nro: xxx (Anexo G), por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los 20 (veinte) días de presentada la "Solicitud de Intervención" o 60 (sesenta) días para dictaminar carácter definitivo de una incapacidad o cuestiones que por razones fundadas, no ocasionen grave perjuicio al trabajador (Art. 14 Dto. 717/96).
- En el Dictamen deberá constar:

- a) Fecha de declaración de la incapacidad.
 - b) Tratamientos médicos.
 - c) Tratamiento de rehabilitación psicofísica y recalificación profesional.
 - d) Fecha de revisión del dictamen a cargo de la ART/Autoasegurada en las incapacidades laborales permanentes provisorias.
 - e) En los supuestos que existieran objeciones por parte de los suscriptores se registrarán detalladamente los fundamentos del dictamen, caso contrario se registrarán sucintamente.
 - f) Si su conclusión modifica lo dispuesto por la ART/Autoasegurada.
 - g) En los casos para homologación, si corresponde efectuar la misma.
2. Distribuir dentro de los 5 (cinco) días el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" o "Dictamen de Comisión Médica para Homologación de Incapacidades laborales", según corresponda, de la siguiente forma:
- Original: al expediente, junto con los acuse de recibo del resto de los ejemplares.
- Duplicado: a la ART/Autoasegurada ante la cual el damnificado se encuentra incorporado.
- Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.
- Quintuplicado: Archivo de dictámenes.
- Sextuplicado o más: para las Entidades Previsionales, si hubieran intervenido.
3. Notificar a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a través de los bolsines de la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la S.A.F.J.P.:
- a) Cuando los dictámenes modifiquen lo dispuesto por la ART/Autoasegurada, en los expedientes que sean iniciados por el damnificado o derechohabientes.
 - b) Cuando las ART/Autoaseguradas soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada.
4. Proceder al archivo del expediente luego de 10 (diez) días de recibidas las constancias de las notificaciones fehacientes.

L. Revisión del dictamen anterior

Cuando se solicita nueva intervención de la Comisión Médica o para dictaminar el carácter definitivo de las incapacidades laborales permanentes.

1. Recibir la "Solicitud de Intervención" según el punto A) Armado del expediente.
2. Desarchivar el expediente y adjuntarle la nueva "Solicitud".
3. Continuar a partir del punto B) Evaluación del expediente.

M. Recurso del dictamen

Unicamente para las incapacidades laborales permanentes "definitivas".

1. El dictamen de la Comisión Médica puede ser recurrido por las partes en un plazo que no exceda los 10 (diez) días desde la notificación del mismo.

2. Los recursos se presentarán ante la misma Comisión Médica y se elevarán ante la Comisión Médica Central.
3. Las Comisiones Médicas Provinciales elevarán las actuaciones al Juzgado Federal que corresponda a la jurisdicción del domicilio legal denunciado por el damnificado, cuando el damnificado **opte** por esa vía, salvo que se trate de una Incapacidad Laboral Permanente Total "definitiva", en cuyo caso deberá recurrirse conforme al procedimiento establecido en el art. 49 apartado 3 de la Ley 24241.

Esta elevación al Juzgado Federal se realizará mediante "Oficio de Estilo" comunicando la interposición del recurso y se efectuará preferentemente en forma personal o por el sistema de correo que se habilite a tal fin.

Si dicha entrega es personal, se remitirá el original de las actuaciones y se archivará en la Comisión Médica copia de la misma.

Si el envío es por vía postal, se remitirán fotocopias certificadas por el Coordinador de la Comisión Médica dando fe de copia auténtica y se comunicará que los originales se encuentran a disposición del Juzgado a su solo requerimiento.

N. Apelación del dictamen ante la Comisión Médica Central

Damnificado, Derechohabiente o ART/Autoasegurada

Se presentará, ante la Comisión Médica actuante dentro de los 10 (diez) días a partir de la notificación del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" para recurrir el mismo.

La presentación debe constar de:

- Datos del apelante.
- Apellido y nombres del damnificado (excluyente).
- C.U.I.T. o C.U.I.L. del damnificado.
- N° de expediente del trámite.
- Comisión Médica actuante.
- Fecha del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".
- Objeciones y críticas razonadas que se consideren necesarias sobre los fundamentos del Dictamen, consignando expresamente que se apela la resolución notificada (excluyente).
- Firma y aclaración del apelante (excluyente).
- Domicilio legal del apelante (excluyente).

Comisión Médica

1. Recibir la presentación mencionada en el punto anterior.
2. Controlar su contenido y firmar el acuse de recibo.
3. Verificar el cumplimiento de los plazos establecidos en la presentación.
4. Remitir lo actuado por Correo Interno (Bolsa) a la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas, dentro de las 72 horas desde la finalización del plazo de apelación, para su remisión a la Comisión Médica Central.
5. Fotocopiar lo actuado como resguardo de la documentación para casos de extravío y archivar las mismas en el Bibliorato de Expedientes Apelados, ordenado por fecha de Dictamen.

6. En caso que la apelación fuera interpuesta vencido el plazo legal se dejará constancia en el expediente con el siguiente texto: *"Atento el recurso interpuesto a fs..... y resultando el mismo extemporáneo (conforme art. 26, Decreto 717/96 Ley 24.557) se rechaza el mismo. Notifíquese al recurrente"*.
7. En el caso precedente se elaborará la siguiente notificación, que se le remitirá al apelante. *"Se le hace saber que atento haber transcurrido en exceso el plazo legal previsto por el art. 26, Decreto 717/96, Ley 24.557, la apelación interpuesta contra el Dictamen de fecha....., de esta Comisión Médica (Expediente N°.....) resulta extemporánea. En consecuencia lo notifico que dicho recurso ha sido rechazado"*. El plazo para remitir la notificación de rechazo no debe exceder los 10 días.

O. Evaluación y tramitación del expediente

1. El Coordinador de la Comisión Médica Central:
 - a) Procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de la documentación remitida por la Comisión Médica actuante.
 - b) Asignará el expediente a por lo menos 2 médicos de la comisión, teniendo en cuenta la patología del afiliado y las especialidades de los médicos, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la Comisión, incluido el mismo.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio del Afiliado o en el lugar de internación, la revisión médica podrá ser delegada en uno de los miembros, Secretarios técnicos o en un miembro de una Comisión Médica Periférica que no haya intervenido previamente, el que actuará como informante del resto. Del acto de delegación se dejará constancia en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría simple de sus integrantes.

2. Se notificará en forma fehaciente a las partes la recepción del expediente, conjuntamente con los plazos para exponer sus reclamos, incorporando al mismo dichas constancias.
3. Recibir la expresión de agravios del recurrente en un plazo de 5 (cinco) días desde la notificación, pudiendo ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.
4. Luego de cumplido el punto anterior se dará vista a la otra parte para la contestación de agravios en un plazo de 5 (cinco) días.
5. Proceder en la sesión ordinaria a la lectura de la apelación y una vez oído el informe de los médicos asignados:
 - a) El Coordinador abrirá el debate al término del cual la Comisión Médica Central deberá fallar el reclamo continuando con el punto V) Dictamen.
 - b) Acordará que se cite al damnificado para realizar un examen médico.
 - c) Indicará que se le practiquen nuevos exámenes o análisis.
 - d) Solicitará procedimientos especiales.
6. En aquellos casos en que se requiera estudios, consultas o procedimientos especiales sin previo examen físico del damnificado se procederá a emitir el formulario "Orden de Estudio para Trámite de Incapacidad Laboral", notificando a las partes en forma fehaciente de tal medida.
7. Los acuerdos de la Comisión Médica Central deberán ser adoptados por la mayoría simple de sus miembros y el registro detallado de la sesión será hecho por el Subrogante en un Libro de Actas debidamente rubricado.

P. Citación a las partes

En caso de ser necesario la realización de un examen físico al damnificado:

1. Proceder a analizar el expediente, evaluando las condiciones ambulatorias y debiendo decidir la citación del damnificado o constituirse en el domicilio donde el damnificado denuncia encontrarse.
2. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por triplicado. La audiencia deberá practicarse teniendo en cuenta los plazos legales para el dictamen.
3. Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante notificación fehaciente, ya sea citando o comunicando que la Comisión se constituirá en el domicilio denunciado.
4. Remitir el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" mediante notificación fehaciente a la ART/Autoasegurada.
5. Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.
6. Archivar en el expediente el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los comprobantes de haberse emitido la comunicación fehaciente.

En los casos que sea necesario, proceder a notificar a las Entidades Previsionales.

Q. Contingencias ante la citación

1. Si una de las partes no concurriese, se procederá a su recitación, según el punto P) Citación a las partes.
2. Si una de las partes persistiera en su no concurrencia:
 - a) En el caso en que el trámite haya sido iniciado por la otra parte se continuará con el mismo, basándose en la información existente en los actuados notificándose fehacientemente a la parte ausente que se continuará con el trámite a pesar de su incomparecencia.
 - b) En el caso en que hubiera sido presentado por la parte ausente, se archivará el expediente.

Para este supuesto, el expediente deberá quedar en poder de la Comisión Médica Central, debiendo asentarse tal circunstancia en el mismo mediante Acta, así como notificar a todas las partes interesadas de su caducidad y archivo por incomparecencia a la audiencia y/o examen médico del recurrente.

Luego de 15 (quince) días de recibidos los avisos de las comunicaciones, girar el expediente a la Comisión Médica de origen para su archivo.

3. Si el damnificado solicitara una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico, se deberá asignar una nueva fecha para la audiencia y/o examen médico mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la ART/Autoasegurada según punto P) Citación a las partes.
4. En todos los casos proceder a agendar los plazos.

R. Imposibilidad de constitución

1. Proceder en los mismos términos que el punto P) Citación a las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica Central o el profesional designado no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos al damnificado. Deberá tenerse en cuenta la improrrogabilidad de los plazos otorgados por Ley.
2. Proceder de acuerdo al punto Q) Contingencia ante la citación, en aquellos casos en que la Comisión Médica Central o el profesional designado no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos imputables a una de las partes.

S. Audiencia y/o examen médico

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si la ART/Autoasegurada, se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente.

En el caso que el damnificado dificultare el examen, se seguirá el trámite con la información existente en el expediente, dejando constancia en el mismo.

1. Proceder a efectuar el examen clínico si correspondiere.
2. Realizada la evaluación, se pueden presentar los siguientes casos:
 - 2.1. Si fuera necesario efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas o procedimientos especiales en ese momento se deberá:
 - a) Indicar los estudios necesarios, según el Manual de Procedimiento para el diagnóstico de las Enfermedades Profesionales o de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales o prácticas especiales según la legislación laboral.
 - b) Concretar con los Profesionales o Entidades que se encuentren en el listado de prestadores el día y hora de la consulta o práctica.
 - c) Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" por triplicado.
 - d) Entregar a la parte que corresponda, en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto solo por el destinatario", el original de la "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral".
 - e) Entregar a la otra parte el duplicado de la "Orden de Estudios".
 - f) Incorporar al expediente el triplicado, firmado por ambas partes.
 - g) Fijar lugar, fecha y hora para una siguiente audiencia, lo que figurará en el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico".
 - 2.2. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales, se procederá a asignar la fecha de emisión del dictamen, la cual será otificada fehacientemente al damnificado, ART/Autoasegurada, para luego continuar con el punto V. Dictamen.
3. Emitir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral" por triplicado, registrándose:
 - a) Detalle de los estudios y/o interconsultas o diligencias solicitadas y quien es el responsable de realizarlas.
 - b) Consignar los aportes o divergencias de los peritos de las partes.
 - c) Fecha asignada para evaluar las prácticas solicitadas o para emitir el dictamen.
 - d) Este Acta deberá ser firmada por la Comisión Médica, el damnificado, el representante de la ART/Autoasegurada y los peritos designados por los interesados que estuvieren presentes.
4. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado a la ART/Autoasegurada.
5. Incorporar al expediente el original del Acta.

Los estudios estarán a cargo de las ART/Autoasegurada en el supuesto que no hubieran sido efectuada por la misma y así correspondiera. En caso contrario se seguirá lo dispuesto en el art. 51 de la Ley 24241.

T. Recepción de los estudios complementarios

1. Recibir de los especialistas el original de la "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" junto a los estudios o prácticas efectuados.
2. Proceder a controlar que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos.
3. Archivar toda la documentación en el expediente.
4. Cuando el damnificado solicite nueva fecha por causa justificada, se concertará nueva fecha, notificando a las partes en forma fehaciente.
5. En caso en que las partes no efectuasen las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, por causa injustificada, se procederá al estudio de las actuaciones con los informes que figuren en estas.
6. En el caso que la ART/Autoasegurada no cumpliera con las directivas de la Comisión Médica Central, se notificará a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a través de los bolsines de la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y se requerirán las prácticas según el Art. 51 de la Ley 24241.

U. Evaluación de las prácticas solicitadas

1. Luego de la recepción de los estudios, se deberán evaluar los antecedentes obrantes en el expediente conjuntamente con estos, resolviendo en ese mismo momento, si se reúnen los elementos necesarios para efectuar la resolución.
2. Concluido el proceso probatorio, las partes que lo creyeren conveniente podrán alegar, a cuyo fin las actuaciones estarán a su disposición para consulta en un plazo *común* de 5 (cinco) días, para lo cual se notificará fehacientemente a las partes.
3. Se archivarán las copias de acuse de recibo en el expediente.
4. Luego del alegato de las partes se emitirá el dictamen (Punto V).

El tiempo máximo de 40 (cuarenta) días para la producción de las pruebas, podrá ser ampliado cuando las circunstancias lo requieran, hasta 60 días.

V. Dictamen

1. Emitir el formulario de "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral" Form. Nro.: xxx (Anexo H), por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los 30 (treinta) días siguientes del vencimiento del plazo para alegar.

En el "Dictamen" deberá constar:

- La ratificación o rectificación del dictamen emitido por la Comisión Médica donde se originó el expediente, explicando sus fundamentos.
 - Si su conclusión modifica lo dispuesto por la ART/Autoasegurada.
2. Distribuir dentro de los 5 (cinco) días corridos, el "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral", de la siguiente forma:
 - Original: al expediente, junto a los acuse de recibo del resto de los ejemplares.
 - Duplicado: a la ART/Autoasegurada ante la cual el damnificado se encuentra incorporado.
 - Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
 - Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.

- Quintuplicado: se archivará en el Bibliorato de Apelaciones resueltas (Dictámenes), ordenado por número de CUIL/CUIT.
 - Sextuplicado y demás: si les corresponde intervenir a las Entidades Previsionales.
3. Remitir a la Comisión Médica primigenia, el expediente pasados los 10 (diez) días hábiles de recibido el último de los acuses de recibo de la notificación del dictamen.
 4. Asentar la salida de las actuaciones en el Registro de expedientes.
 5. Notificar a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo los dictámenes que modifiquen lo dispuesto por la ART/Autoasegurada, cuando sean iniciados los expedientes por el damnificado o éstas soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada, a través de los bolsines de la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

W. Comisión Médica de origen

1. Recibir el expediente.
2. Adjuntar al expediente la documentación existente en el Bibliorato de Dictámenes Apelados.
3. Proceder a archivar el expediente.

X. Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central

1. Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por las partes interesadas ante la Cámara Nacional de Seguridad Social y los plazos de presentación concuerdan con los especificados en los procedimientos para las Comisiones Médicas actuantes.
2. Se remitirá lo actuado a la Cámara mencionada.
3. Se fotocopiará lo actuado solamente en la Comisión Médica Central, ya que la totalidad del expediente elevado a ésta se encuentra archivado en la Comisión Médica actuante.
4. Se archivarán las fotocopias de lo actuado por la Comisión Médica Central en el Bibliorato de Expedientes recurridos, ordenados por fecha del dictamen.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
COMISION MEDICA N°	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
SOLICITUD DE INTERVENCION		
C.U.I.L./C.U.I.T.	EXPEDIENTE:	
ART/AUTOASEGURADA	N°	
SINIESTRO N°		
DOMICILIO LEGAL		
Motivo de la Presentación		
Extender el plazo de una ILP/Provisoria <input type="checkbox"/>	Homologación de ILPP Definitiva <input type="checkbox"/>	
Carácter definitivo de las ILP <input type="checkbox"/>	Art. 20, apartado 2, Ley 24.557 <input type="checkbox"/>	
PRESTADOR		
Nombre	T.E.	
Domicilio	Localidad	C.P. Pcia.
Datos del damnificado		
Apellido y Nombre:		
Domicilio Legal:	Localidad:	C.P.:
Provincia:	T.E.:	
Sexo	D.N.I.	Fecha de nacimiento: / /
Miembro hábil:	Derecho / Izquierdo	
Fecha de ingreso al establecimiento:	/ /	
Tarea habitual/es del trabajador:		
Tarea al momento del siniestro		
Turno habitual: diurno / rotativo / nocturno	Horario que cumple habitualmente:	
Datos del empleador		
Razón Social:	C.U.I.T. N°:	
Domicilio:		
Localidad:	C.P.	T.E.:
Provincia:	Actividad principal del Establecimiento:	

Siniestro

ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del siniestro (*): / / Hora de inicio jornada: Hora del accidente:

Lugar del accidente: Establecimiento: CUIT:

Sección:

Domicilio:

Localidad: C.P. T.E.:

Provincia:

Breve relato de la contingencia:

Diagnóstico: (según certificado de atención)

(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.

IN ITINERE Denuncia policial SI / NO N° Constancia

Testigos: 1ro. Nombre y Apellido: D.N.I.

2do. Nombre y Apellido D.N.I.

Atención de urgencia: Médico M.P.

Establecimiento: Firma:

En calidad de: Aclaración:

Form. Nro. XXX

ANEXO A

Solicitud de Intervención

El formulario debe ser completado por la ART, o empresa Autoasegurada que formalice ante la CM. la solicitud de intervención.

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige la ART.
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. CUIL /CUIT: Consignar el número de CUIL o CUIT pertenecientes al damnificado .
4. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según enumeración consignada por la Comisión Médica.
5. ART. N°: Consignar el nombre y la numeración asignada a la ART. según habilitación concedida por la SRT.
6. Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la ART/ Autoasegurada.
7. Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal a la ART/Autoasegurada. Este domicilio se tendrá válido para los casos de citaciones, notificaciones o cualquier tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.
8. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según LRT, y reglamentación.
9. Prestador: Consignar la denominación, características y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.
10. Datos del damnificado: Consignar:
 - Apellido y nombre: del damnificado en forma completa, omitiendo iniciales.
 - Domicilio legal: Consignar domicilio en que el damnificado fije su residencia a los efectos de recibir notas, citaciones, notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
 - Sexo: Consignar sexo del damnificado .
 - DNI: Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
 - Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.
 - Miembro hábil: Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.
 - Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y / o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.
 - Tareas habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
 - Tareas en el momento del siniestro: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro.
 - Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.
 - Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro

11. Datos del Empleador:

- Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
- Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
- Actividad principal del establecimiento: Consignar la actividad principal del establecimiento, según el código de actividad de la D.G.I.

12. Siniestro:

- Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
- Fecha: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, indicar la fecha de la primera manifestación invalidante.
- Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
- Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección , CUIT, Domicilio, localidad Provincia, Código Postal y Teléfono del lugar del accidente.
- Breve relato de la circunstancia: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
- Diagnóstico según certificado de atención: Consignar el diagnóstico producido por el médico en el momento de la atención, ya se trate de enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- In-itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial y los datos que hacen a la denuncia policial del hecho.
- Atención de urgencia: Consignar nombre y apellido y Matrícula Profesional del médico que intervino de urgencia, y el nombre del establecimiento en donde se prestó el servicio.
- Firma: consignar el cargo o función de la persona, que hace la presentación.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
COMISION MEDICA N°	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
DENUNCIA DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE		
C.U.I.L./C.U.I.T.	EXPEDIENTE:	
ART/AUTOASEGURADA	N°	
Domicilio legal de la ART./AUTOASEGURADA		
SINIESTRO N°		
Motivo de la Presentación		
Silencio de la ART <input type="checkbox"/>	Divergencia en la ILT o ILP <input type="checkbox"/>	
Rechazo de la denuncia <input type="checkbox"/>	Divergencias en las prestaciones <input type="checkbox"/>	
PRESTADOR		
Nombre		T.E.
Domicilio	Localidad	C.P. Pcia.
Datos del damnificado		
Apellido y Nombre:		
Domicilio Legal:	Localidad:	C.P.:
Provincia:	T.E.:	
Sexo	D.N.I.	Fecha de nacimiento: / /
Miembro hábil: Derecho / Izquierdo	Fecha de ingreso al establecimiento: / /	
Tarea habitual/es del trabajador:		
Tarea en el momento del siniestro		
Turno habitual: diurno / rotativo / nocturno		Horario que cumple habitualmente:
Datos del empleador		
Razón Social:		C.U.I.T.
Domicilio:		
Localidad:	C.P.	T.E.
Provincia:	Actividad principal del Establecimiento:	

Siniestro

ACCIDENTE DE TRABAJO

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha (*): / /

Hora de inicio jornada:

Hora del accidente:

Lugar del accidente:

Establecimiento:

CUIT:

Sección:

Domicilio:

Localidad:

C.P.

T.E.:

Provincia:

Breve relato de la contingencia:

Diagnóstico según certificado de atención

(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.

IN ITINERE

Denuncia policial SI / NO

Nº

Comisaría

Testigos: 1ro. Nombre y Apellido:

D.N.I.

2do. Nombre y Apellido

D.N.I.

Atención de urgencia:

Médico

M.P.

Establecimiento:

Firma:

Aclaración:

En calidad de:

Firma del profesional actuante:

Aclaración:

Form. Nro. XXX

ANEXO B

Denuncia del Trabajador o Derechohabiente

1. El formulario debe ser completado por el trabajador o derechohabiente que formalice ante la CM. la solicitud de intervención.
2. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige el trabajador.
3. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
4. CUIL /CUIT: Consignar el número de CUIL o CUIT pertenecientes al damnificado .
5. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según enumeración consignada por la Comisión Médica.
6. ART. N°: Consignar el nombre y la numeración asignada a la ART. según habilitación concedida por la SRT.
7. Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la ART/ Autoasegurada.
8. Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal de la ART/Autoasegurada. Este domicilio se tendrá como válido para los casos de citaciones, notificaciones o cualquier tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.
9. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según LRT. y reglamentación.
10. Prestador: Consignar la denominación, características y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.
11. Datos del damnificado: Consignar:
 - Apellido y nombre: del damnificado en forma completa, omitiendo iniciales.
 - Domicilio legal: Consignar domicilio en que el damnificado fije su residencia a los efectos de recibir notas, citaciones, notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
 - Sexo: Consignar sexo del damnificado .
 - DNI: Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
 - Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.
 - Miembro hábil: Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.
 - Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y/ o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.
 - Tareas habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
 - Tareas en el momento del siniestro: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro.
 - Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.
 - Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro

12. Datos del Empleador:

- Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
- Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
- Actividad principal del establecimiento: Consignar la actividad principal del establecimiento, según el Código de actividad de la D.G.I.

13. Siniestro:

- Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
- Fecha: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, indicar la fecha de la primera manifestación invalidante.
- Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
- Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección , CUIT, Domicilio, localidad Provincia, Código Postal y Teléfono del lugar del accidente.
- Breve relato de la circunstancia: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
- Diagnóstico según certificado de atención: Consignar el diagnóstico producido por el médico en el momento de la atención, ya se trate de enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- In-itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial y los datos que hacen a la denuncia policial del hecho.
- Atención de urgencia: Consignar nombre y apellido y Matrícula Profesional del médico que intervino de urgencia, y el nombre del establecimiento en donde se prestó el servicio.
- Firma: En el primer caso, consignar la calidad de la persona que realiza la denuncia (trabajador, derechohabiente) y en el segundo caso, del idóneo de la salud y su aclaración.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES <i>SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</i>		Número: 00.000	
COMISION MEDICA N°	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>		
NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO			
C.U.I.L./C.U.I.T. EXPEDIENTE:			
ART/AUTOASEGURADA N°			
SINIESTRO N°			
PARTE NOTIFICADA			
MOTIVO DE LA INTERVENCION DE LA COMISION MEDICA			
DATOS DEL DAMNIFICADO			
Apellido y Nombre:			
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:		C.P.:	
		T.E.:	
ART / AUTOASEGURADA			
Nombre:			
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:		C.P.:	
		T.E.:	
Datos del empleador			
Razón Social:		C.U.I.T.	
Domicilio:			
Localidad:		C.P.	
Provincia:		T.E.:	
Actividad principal del Establecimiento:			
Notificamos a Ud., que:			
Deberá presentarse/la Comisión Médica se presentará, el día / / , a las horas en			
.....			
para Audiencia y/o Examen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la/su solicitud de intervención de esta Comisión Médica. Asimismo, se le <u>INTIMA</u> a presentar los antecedentes del caso, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (Art. 13, Dto. 717/96, Ley 24.557)			
Medio de comunicación a utilizar			
Firma		Aclaración	
		Sello	
Form. Nro. XXX			

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 e intimación a la presentación de los antecedentes del caso.

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

Contenido:

1. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
3. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
4. Fecha: indicar la fecha de emisión.
5. C.U.I.T./C.U.I.L. : consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
6. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
7. Siniestro: Colocar el número de siniestro dado por la ART / AUTOASEGURADA
8. ART. N°: colocar el número de ART/Autoasegurada otorgado por la S.R.T.
9. Parte notificada: Mencionar a quien está dirigida esta notificación
10. Motivo e intervención de la Comisión Médica: consignar según la Solicitud de Intervención o la Denuncia realizada por el damnificado.
11. Datos del damnificado: Consignar apellido, nombre, domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
12. Datos de la ART/ AUTOASEGURADA: Consignar nombre, N°, domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
13. Datos del empleador: Consignar nombre, apellido, domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
14. Indicar el día, mes, año y hora en que la parte deberán presentarse en la Comisión Médica, o la Comisión Médica se constituirá en el domicilio del damnificado.
15. Presentarse / la comisión médica se presentará: tachar lo que no corresponda.
16. Día: colocar día y hora de la audiencia.
17. En: indicar la dirección donde las partes deberán presentarse en la Comisión Médica, o en el domicilio del damnificado.
18. Medio: consignar forma y tipo utilizado para notificar a la parte.
19. La presente debe ser firmada por el coordinador de la Comisión Médica.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES <i>SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</i>			Número: 00.000		
COMISION MEDICA N° <input type="text"/>		Fecha <input type="text"/>			
LOCALIDAD <input type="text"/>					
ORDEN DE ESTUDIOS Y/O PRACTICA PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL					
C.U.I.L./C.U.I.T. EXPEDIENTE:					
ART/AUTOASEGURADA N°					
SINIESTRO N°					
DATOS DEL DAMNIFICADO					
Apellido y Nombre:					
Domicilio:		Localidad:		C.P.:	
Provincia:		T.E.:			
Estudios y/o Prácticas Solicitadas					
.....					
.....					
.....					
Institución y lugar donde se efectuarán los estudios y/o prácticas					
Apellido y Nombre:					
Domicilio:		Localidad:		C.P.:	
Provincia:		T.E.:			
Fecha de realización / /		Hora			
Comisión Médica					
Firma		Aclaración		Sello	
Firma		Aclaración		Sello	
Form. Nro. XXX					

ANEXO D

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. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
3. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
4. Fecha: indicar la fecha de emisión.
5. C.U.I.T./C.U.I.L. : consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
6. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
7. SINIESTRO: Colocar el N° de siniestro dado por la ART / AUTOASEGURADA.
8. ART/ AUTOASEGURADA: Nombre y N° de la ART o Empresa Autoasegurada.
9. Damnificado: consignar el Apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales , domicilio, localidad, provincia, código postal, teléfono.
10. Estudios y/o prácticas solicitados: indicar claramente los estudios, prácticas y/o interconsultas que deberán realizarse de acuerdo al "Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales", "Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales" o legislación laboral vigente.
11. Institución lugar donde se efectuarán los estudios y/o prácticas: consignar nombre de la Institución que los realizará y el domicilio donde se efectuarán los estudios detallados en el punto anterior.
12. Colocar fecha y hora de realización de dichos estudios o prácticas.
13. La presente debe ser firmada por los dos médicos intervinientes en el trámite a los que se la asignó el expediente.

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES <i>SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</i>		Número: 00.000
COMISION MEDICA N°	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
ACTA DE AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL		
C.U.I.L./C.U.I.T. EXPEDIENTE:		
Siniestro N°		
ART/AUTOASEGURADA N°		
Damnificado:		
Audiencia		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Examen Médico		
SIGNOS Y SINTOMAS		
.....		
.....		
.....		
Estudios Complementarios Presentados		
.....		
.....		
.....		
Diagnóstico		
TIPO: PRESUNTIVO / DEFINITIVO		
.....		
.....		
.....		

Prescripción

.....

.....

Próxima Audiencia o Fecha de Dictamen

LUGAR:

FECHA: HORA:

Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
DAMNIFICADO	ART/AUTOASEGURADA	PERITO	PERITO
Firma y Aclaración	Firma y Aclaración	Firma y Aclaración	Firma y Aclaración
.....
COMISION MEDICA	COMISION MEDICA	COMISION MEDICA	
	Firmas y Aclaraciones		

ANEXO E

Acta de 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, el damnificado y los Médicos designados por los interesados.

Contenido:

1. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
3. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
4. Fecha: indicar la fecha de emisión.
5. CUIT/CUIL: consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
6. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
7. Siniestro: Se consignará N° de siniestro dado por la ART / Autoasegurada.
8. ART / Autoasegurada: Colocar nombre y N° asignado por SRT.
9. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
10. Audiencia: Consignar aquellos aportes que efectúen las partes y descargos que realicen sobre el tema en cuestión.
11. Examen médico: Signos y Síntomas: Consignar los síntomas declarados por el damnificado y los signos detectados por los médicos de las Comisiones Médicas.
12. Estudios complementarios presentados: Consignar los estudios complementarios, prácticas y/o interconsultas presentados y los datos relevantes de los mismo.
13. Diagnóstico: Tipo: marcar con una cruz el casillero correspondiente al tipo de diagnóstico arribado. Detallar el diagnóstico.
14. Prescripción: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica : Estudios, interconsultas y/o practicas especiales.
15. Próxima Audiencia o fecha de dictamen definitivo: Consignar lugar, fecha y hora a realizarse.
16. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado tendrán derecho a manifestar su conformidad, o disconformidad con lo actuado.

FIRMAS

17. Consignar la firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.
18. ART/ Autoasegurada: Consignar firma y aclaración del representante.
19. Consignar el nombre del representado, con la firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
20. Consignar la firma, aclaración y sello de la Comisión Médica (como mínimo 3 -tres- médicos).

CONCLUSIONES Y DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....

CODIGO OMS

INCAPACIDAD

TIPO: GRADO: PORCENTAJE:

CARÁCTER: GRAN INVALIDEZ: SI NO

FACTORES DE PONDERACION INCORPORADOS

Reubicación Laboral:	No Amerita	<input type="checkbox"/>	Tipo de Actividad	Ninguna	<input type="checkbox"/>
	Amerita	<input type="checkbox"/>		Leve	<input type="checkbox"/>
				Moderada	<input type="checkbox"/>
Edad	Menor de 21 años	<input type="checkbox"/>		Alta	<input type="checkbox"/>
	Entre 21 a 30 años	<input type="checkbox"/>			
	Mayor de 31 años	<input type="checkbox"/>			

PRESTACIONES EN ESPECIE

.....
.....
.....
.....

Fecha de revisión de la incapacidad por la ART/AUTOASEGURADA:

/ /

Plazo legal para dictaminar incapacidad definitiva:

/ /

COMISIONES MEDICA

Firmas, aclaraciones y sellos

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 el carácter "laboral" del Accidente o "Profesional" de la enfermedad.

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

Contenido:

1. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
3. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
4. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
5. CUIT/CUIL: consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
6. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
7. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Trabajador, o Derechohabiente".
8. ART / AUTOASEGURADA: Indicar nombre y N° otorgado por la SRT.
9. Empleador: Consignar nombre del mismo.
10. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la ART.
11. Apellido y nombre del Damnificado: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
12. Edad: indicar la edad del damnificado al momento del dictamen expresada en años.
13. Sexo: Del damnificado.
14. Fundamentos: consignar los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral)
15. Contingencias: Señalar una de las posibles.
16. Conclusión y Diagnóstico: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (14) indicando taxativamente el diagnóstico a que se ha arribado, el código OMS y si el dictamen modifica lo dispuesto por la ART/Autoasegurada.

INCAPACIDAD:

17. Tipo: Mencionar **temporal** o **permanente**
18. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, **parcial** o **total**.
19. Porcentaje: Valor otorgado.
20. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es **provisoria** o **definitiva**.
21. Gran invalidez: Marcar en el recuadro correspondiente.
22. Factores de ponderación: Mencionar los que utilizó consignando el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.

23. Prestaciones en especies: Consignar si corresponde efectuar: Tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.
24. Fecha de revisión de incapacidad: Consignar día, mes y año.
25. Plazo legal para dictaminar el carácter definitivo de la incapacidad: Consignar día, mes y año.
26. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 médicos).



SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		Número: 00.000	
COMISION MEDICA:		FECHA	
	HORA		
LOCALIDAD			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES			
C.U.I.L./C.U.I.T.		EXPEDIENTE:	
ART/AUTOASEGURADA		N°	
EMPLEADOR:			
Sinistro N°			
Fecha de solicitud de la intervención: / /			
DATOS DEL DAMNIFICADO			
Apellido y Nombre			
Fecha de Nacimiento:	/ /	Edad:	Sexo:
FUNDAMENTOS			
(En caso de Enfermedad Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enfermedades Profesionales)			
.....			
CONTINGENCIAS			
Accidente de Trabajo		Enfermedad Inculpable	
Enfermedad Profesional		Accidente no Laboral	
CONCLUSION Y DIAGNOSTICO			
.....			
CODIGO OMS			

INCAPACIDAD

TIPO: GRADO: PORCENTAJE:

CARÁCTER: GRAN INVALIDEZ: SI NO

FACTORES DE PONDERACION INCORPORADOS

Reubicación Laboral:	No Amerita	<input type="checkbox"/>	Tipo de Actividad	Ninguna	<input type="checkbox"/>
	Amerita	<input type="checkbox"/>		Leve	<input type="checkbox"/>
Edad		<input type="checkbox"/>		Moderada	<input type="checkbox"/>
	Menor de 21 años	<input type="checkbox"/>		Alta	<input type="checkbox"/>
	Entre 21 a 30 años	<input type="checkbox"/>			
	Mayor de 31 años	<input type="checkbox"/>			

PRESTACIONES EN ESPECIE

.....

.....

.....

.....

.....

CORRESPONDE HOMOLOGAR SI / NO

COMISIONES MEDICA

Firmas, aclaraciones y sellos

ANEXO G

Dictamen de Comisión Médica para homologación de Incapacidades Laborales.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la Homologación del acuerdo a que han arribado las partes sobre la Incapacidad laboral permanente parcial definitiva en cuestión.

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

Contenido:

1. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. CUIT/CUIL: consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. ART / AUTOASEGURADA: Indicar nombre y N° otorgado por la SRT.
6. Empleador: Consignar nombre del mismo.
7. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la ART.
8. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud de Intervención"
9. Apellido y nombre del Damnificado: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
10. Fecha de nacimiento y edad: indicar la fecha de nacimiento y la edad del damnificado al momento del dictamen expresada en años.
11. Sexo: Del damnificado.
12. Fundamentos: consignar los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral)
13. Contingencias: Señalar una de las posibles.
14. Conclusión y Diagnóstico: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (12) indicando taxativamente el diagnóstico a que se ha arribado y el código OMS.

INCAPACIDAD:

15. Tipo: Mencionar **temporal** o **permanente**
16. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, **parcial** o **total**.
17. Porcentaje: Valor otorgado.
18. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es **provisoria** o **definitiva**.
19. Gran invalidez: Marcar en el recuadro correspondiente.
20. Factores de ponderación: Mencionar los que utilizó consignando el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.
21. Prestaciones en especies: Consignar si corresponde efectuar: Tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.
22. La presente debe ser firmada por el Damnificado, el representante de la ART/Autoasegurada.
23. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 médicos).

CONCLUSION Y DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....

CODIGO OMS

INCAPACIDAD

TIPO: GRADO: PORCENTAJE:

CARÁCTER: GRAN INVALIDEZ: SI NO

FACTORES DE PONDERACION INCORPORADOS

Reubicación Laboral:	No Amerita	<input type="text"/>	Tipo de Actividad	Ninguna	<input type="text"/>
	Amerita	<input type="text"/>		Leve	<input type="text"/>
				Moderada	<input type="text"/>
Edad	Menor de 21 años	<input type="text"/>		Alta	<input type="text"/>
	Entre 21 a 30 años	<input type="text"/>			
	Mayor de 31 años	<input type="text"/>			

PRESTACIONES EN ESPECIE

.....
.....
.....
.....

Fecha de revisión de la incapacidad por la ART/AUTOASEGURADA:

Plazo legal para dictaminar incapacidad definitiva:

COMISIONES MEDICA

Firmas, aclaraciones y sellos

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 el carácter "laboral" del Accidente o "Profesional" de la enfermedad.

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

Contenido:

1. Número: deberá encontrarse prenumerado.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. C.U.I.T./C.U.I.L.: consignar el número de C.U.I.T./C.U.I.L. del damnificado.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada.
6. ART / AUTOASEGURADA: Indicar nombre y N° otorgado por la SRT.
7. Empleador: Consignar nombre del mismo.
8. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la ART.
9. Apellido y nombre del Damnificado: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
10. Fecha de nacimiento y edad: indicar la fecha de nacimiento y la edad del damnificado al momento del dictamen expresada en años.
11. Sexo: Del damnificado.
12. Fundamentos: consignar los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral)
13. Contingencias: Señalar una de las posibles.
14. Conclusión y Diagnóstico : Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (12) indicando taxativamente el diagnóstico a que se ha arribado y el código OMS, haciendo constar si el dictamen ratifica o rectifica lo establecido por la Comisión Médica donde se originó el expediente.

INCAPACIDAD:

15. Tipo: Mencionar **temporal** o **permanente**
16. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, **parcial** o **total**.
17. Porcentaje: Valor otorgado.
18. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es **provisoria** o **definitiva**.
19. Gran invalidez: Marcar en el recuadro correspondiente.
20. Factores de ponderación: Mencionar los que utilizó consignando el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.
21. Prestaciones en especies: Consignar si corresponde efectuar: Tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.
22. Fecha de revisión de incapacidad: Consignar día, mes y año
23. Plazo legal para dictaminar el carácter definitivo de la incapacidad: Consignar día, mes y año.
24. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica Central (mínimo 3 médicos).

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO

LOCALIDAD

FECHA

CARATULA DE EXPEDIENTE N° - /

EXPTE. DE ORIGEN N°

A.F.J.P. / A.R.T.

FOLIOS
UTILES

SOLICITANTE

C.U.I.T./C.U.I.L. O TIPO Y N° DE DOCUMENTO

DOMICILIO

LOCALIDAD

CODIGO
POSTAL

PROVINCIA

APELLIDO Y NOMBRE DEL DAMNIFICADO

C.U.I.L.

TIPO DE TRAMITE SOLICITANTE

RESUMEN

FECHA DE INICIACION EN A.F.J.P./A.R.T.

Anexo I

Carátula de Expediente

Objetivo

Registrar la información del inicio del Expediente.

Emisor

Comisión Médica.

Distribución

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. Nº: Número de Expediente asignado.
4. Expediente de Origen Nº: Número de Expediente asignado en la A.F.J.P. o número de siniestro asignado en la A.R.T.
5. A.F.J.P/A.R.T.: Nombre de la A.F.J.P/ A.R.T donde se inició el trámite.
6. Folios Útiles: Colocar el Nº de fojas presentada por el solicitante
7. Apellido y Nombre del Solicitante: Correspondiente al Solicitante.
8. C.U.I.L. o Tipo y Nº de Documento: Documento del Solicitante.
9. Domicilio: Domicilio del Solicitante.
10. Localidad: Indicar la localidad que corresponda al domicilio del Solicitante.
11. Código postal: Indicar el código de la localidad que corresponda.
12. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.
13. Apellido y Nombre del Damnificado: Datos del damnificado
14. C.U.I.L.: Del Damnificado.
15. Tipo de Trámite Solicitado: Nombre del Trámite Solicitado.
16. Fecha de Iniciación: Indicar la fecha que corresponda.