

Resolución 204/96

Determinanse los mecanismos y procedimientos para las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Bs. As., 19/9/96

VISTO la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, el Artículo 17 del Decreto Reglamentario N° 170 de fecha 21 de febrero de 1996, la Resolución S.R.T. N° 78 del 26 de junio de 1996, el Decreto Reglamentario N° 717 de fecha 28 de junio de 1996 y la Resolución S.R.T. N° 156 del 2 de agosto de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que la denuncia de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional es un requisito indispensable para verificar el otorgamiento de las prestaciones establecidas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo;

Que el Decreto N° 717/96, como norma superior, establece los mecanismos a los que deben ajustarse las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y las actuaciones administrativas para la determinación de las contingencias e incapacidades .

Que la información requerida en la Denuncia de Accidentes y Enfermedades Profesionales es un elemento sustantivo para programar las acciones preventivas y de control que la Ley Sobre Riesgos del Trabajo le asigna a esta Superintendencia;

Que la organización de esa información por parte de las Aseguradoras y Empresas Autoaseguradas requerirá un tiempo de elaboración, por lo que corresponde otorgar un plazo para su completa implementación, salvo para la información básica;

Que para la elaboración de la presente se ha establecido un amplio ámbito de consulta con los sectores involucrados para desarrollar las herramientas y procedimientos más eficientes a los fines perseguidos en concordancia con la superior normativa vigente;

Que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo es el organismo de fiscalización de las Aseguradoras y Empresas Autoaseguradas que operan en el marco de la citada Ley.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Determinar para las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los mecanismos y procedimientos detallados en el Anexo I de la presente.

ARTICULO 2°.- Establecer los formularios de Solicitud de Atención, Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, Notificación y Alta Médica, según Anexo II que forma parte de la presente.

ARTICULO 3°.- Establecer el contenido y el formato de la información, derivada de las Denuncias de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales y del cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad, que las Aseguradoras y Empresas Autoaseguradas deberán almacenar desde la entrada en vigencia de la Ley N° 24.557 y que a partir del 1° de enero de 1997 deberán tener disponible, según el detalle del Anexo III, parte integrante de la presente. Durante el período comprendido entre esta Resolución y la fecha mencionada, se requerirán mensualmente datos básicos relacionados con lo estipulado en el presente artículo.

ARTICULO 4°.- Dejar sin efecto las Resoluciones S.R.T N° 78/96, 80/96 y 156/96.

ARTICULO 5°.- Regístrese, comuníquese, notifíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial para su publicación y remítase copia autenticada al Departamento Publicaciones y Biblioteca y archívese.

Roberto J . Domingucz.



PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El Trabajador debe informar en forma inmediata toda contingencia que ocurra durante o en ocasión del trabajo, incluyendo los in-itinere al Empleador o en su defecto a la Aseguradora.

Luego de tomar conocimiento de la lesión del Trabajador, el Empleador:

1) Solicitará, en forma inmediata, la atención del damnificado ante la prestadora de servicios, mediante la "Solicitud de Atención" (Formulario 1), eligiendo dentro de los prestadores que figuren en el listado informado por la Aseguradora/Autoasegurada, ya sea a través de un servicio de ambulancia en caso de tratarse de una emergencia o de ser posible, según las condiciones del lesionado, trasladando por sus propios medios al trabajador a un establecimiento asistencial.

En la solicitud figurarán los datos de la Aseguradora/Autoasegurada, del Empleador, del Prestador, del Trabajador, del Lugar donde ocurrió, la Forma en que se produjo la lesión y la Firma del empleador o su representante. La presentación de la "Solicitud de Atención" o el llenado completo de la misma, no es condición necesaria para brindar la asistencia del trabajador siniestrado.

2) Efectuará la denuncia del Accidente de Trabajo o de la Enfermedad Profesional (por duplicado) inmediatamente de conocida - plazo máximo veinticuatro (24) hs.- ante la Aseguradora o la Prestadora de servicios habilitada, mediante la "Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional" (Formulario 2) , quedándole como constancia el duplicado del mismo (Art. 1 Decreto N° 717/96).

En el mismo figurarán los datos de la Aseguradora, del Empleador, del Lugar del siniestro, del Trabajador, de la Forma y del Agente causante de la lesión, de la denuncia policial (para casos de accidentes in itinere), del Establecimiento y del Médico que brindaron los primeros auxilios, de los Testigos, del Prestador a donde fue derivado el damnificado, de la Fecha de emisión y la Firma del empleador.

En caso de las empresas Autoaseguradas, las mismas elaborarán un formulario de siniestros para información interna que incluya los datos mencionados en el Formulario 2.

3) La Aseguradora/Autoasegurada arbitrará los medios para que la prestadora de servicios le informe de la lesión del damnificado en forma inmediata - plazo máximo 24 (veinticuatro) hs.-, luego de la primera atención.

4) La Aseguradora/Autoasegurada notificará, al trabajador y al empleador la aceptación o el rechazo del carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad (Formulario 3) dentro de los 10 (diez) días de recibida la denuncia o de notificado el siniestro (Art. 6 y 7 Decreto N° 717/96).

En el mismo constarán los datos de la Aseguradora/Autoasegurada, del Damnificado, del Empleador, del Prestador, si se rechaza o acepta la denuncia, el motivo del rechazo y la firma del responsable del Área Médica, responsable Legal o Apoderado de la Aseguradora/Autoasegurada y la firma del Notificado.

Podrá reemplazarse el Formulario 3 por una Notificación fehaciente, vía correo con acuse de recibo (carta confronte), manteniendo los datos y el orden del formulario en cuestión. El silencio por parte de la Aseguradora/Autoasegurada, transcurridos los 10 (diez) días, será considerado como aceptación del siniestro.

5) La Aseguradora/Autoasegurada notificará a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo el accidente de trabajo o enfermedad profesional dentro de las veinticuatro (24) horas, si es un caso grave (según lo establecido en la Resolución SRT N° 79/96).

6) La Aseguradora/Autoasegurada arbitrará los medios para recibir del prestador la información sobre el alta sanatorial y/o laboral del trabajador (en forma escrita).

7) La Aseguradora/Autoasegurada notificará al trabajador e informará al empleador de las condiciones del "Alta Médica" del damnificado (Formulario 4) para su retorno al trabajo, bajo firma del responsable del Área Médica de la Aseguradora/Autoasegurada o Prestadora habilitada a tal fin, mencionando en dicha notificación los datos del Trabajador y del Empleador, como así también el Diagnóstico de alta, el Código de la O.M.S., el Tipo de alta, las prestaciones en especie que debe recibir el damnificado y la Incapacidad que presenta.

Podrá reemplazarse el Formulario 4 por una Notificación fehaciente al trabajador y al empleador, vía correo con acuse de recibo (carta confronte), manteniendo los datos y el orden del formulario en cuestión.

8) Cuando la Aseguradora/Autoasegurada por sí, a solicitud del trabajador o por indicación de la Comisión Médica revise la incapacidad determinada anteriormente o modifique el contenido y alcances de las prestaciones en especie, deberá notificar por el mismo medio (Punto 7) al trabajador (Art. 8 y 15 Decreto N° 717/96).

Habiendo llegado a un acuerdo, si las partes convienen en iniciar el trámite de homologación, se dejará constancia cuando se notifique de la revisión al trabajador, figurando en el formulario las firmas del responsable del Área Médica de la Aseguradora/Autoasegurada y del damnificado.

9) Si el trabajador se presentara espontáneamente ante la Aseguradora para denunciar un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, ésta enviará al damnificado a la prestadora de servicios correspondiente para que reciba en forma inmediata las prestaciones en especie (Art. 4 Decreto N° 717/96), continuando con el procedimiento a partir del punto 4.

10) Si el damnificado se presentara espontáneamente ante la prestadora de servicio habilitada para recibir las Denuncias de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales, la prestadora de servicios brindará la atención médica necesaria y remitirá la denuncia a la Aseguradora/Autoasegurada dentro de las veinticuatro (24) horas de recibida (Art. 4° Decreto 717/96). Continuando con el procedimiento a partir del punto 3.

11) La Aseguradora/Autoasegurada arbitrará los medios para recibir la Denuncia en el caso de que el trabajador se presente ante un prestador de servicios no habilitado para recepcionar las mismas.

12) Los formularios del presente procedimiento administrativo de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales deberán ser provistos por la Aseguradora (o Autoasegurada, de corresponder) a los empleadores y/o prestadores de servicios habilitados.

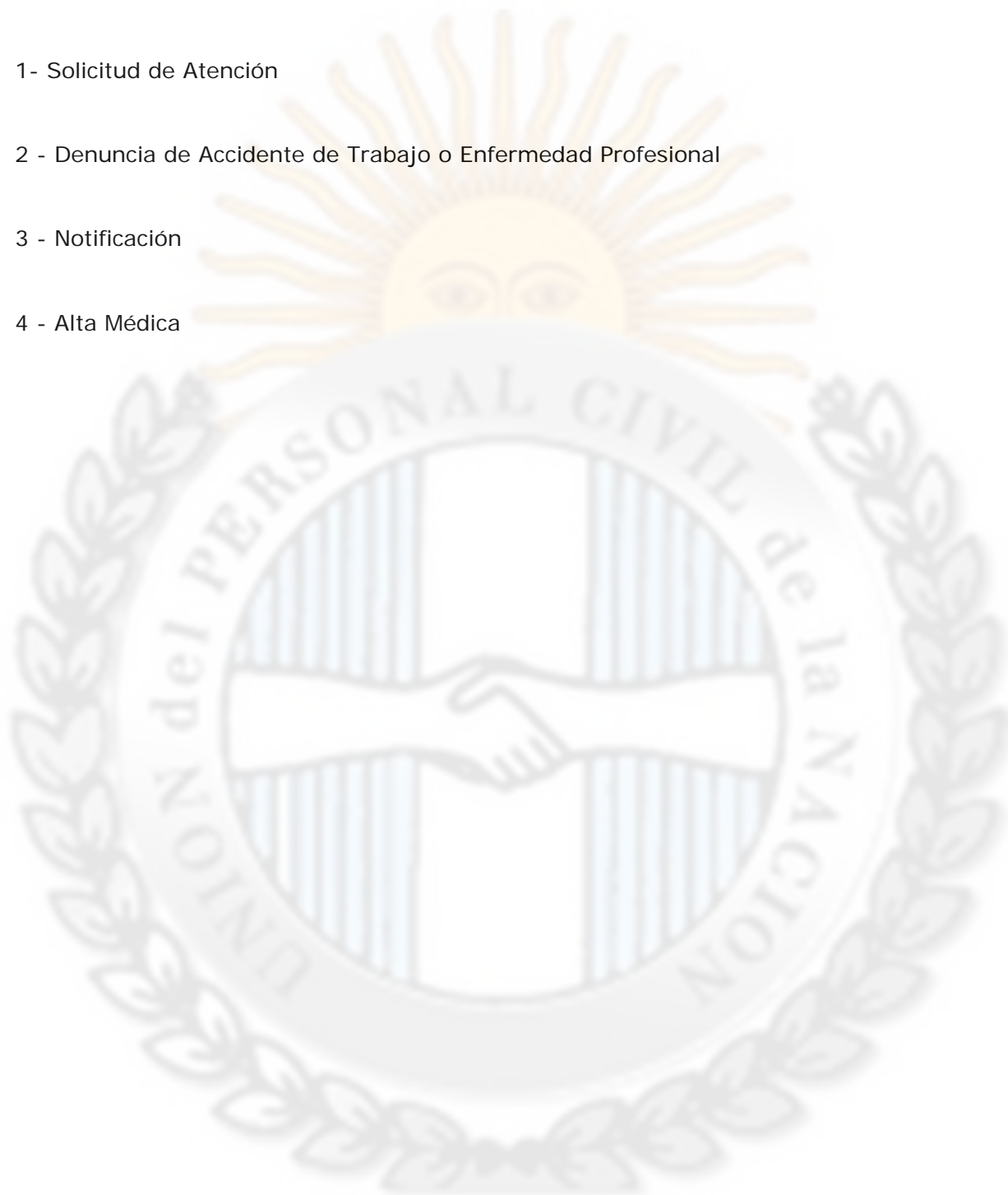
FORMULARIOS e instructivos

1- Solicitud de Atención

2 - Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

3 - Notificación

4 - Alta Médica



FORMULARIO 1

SOLICITUD DE ATENCIÓN

Datos a completar por el Empleador

LA CARENCIA PARCIAL O TOTAL DE DATOS EN EL PRESENTE FORMULARIO NO PODRÁ DEMORAR LA ATENCIÓN DEL TRABAJADOR SINIESTRADO

Lugar: Fecha: / / Hora: /

ASEGURADORA/AUTOASEGURADA:

CÓDIGO N°:

Datos de Empleador:

Razón Social : CUIT :

Domicilio:

Localidad : Pcia : CP:

Tel.:

PRESTADORA:

Domicilio:

Localidad: Pcia.: CP:

Tel.:

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el que:

- "ha sufrido un Accidente de Trabajo" (*)

- "manifiesta una afección de probable etiología profesional" (*)

el día...../...../.....a las.....horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

Datos del Trabajador:

Nombre y Apellido: CUIL:

DNI - LC - LE - CI : Legajo:

Lugar y forma en que se produjo la lesión:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del empleador

(*) Marcar lo que corresponda .

INSTRUCTIVO FORMULARIO 1

OBJETIVO: Registrar el pedido del empleador de la atención inmediata del damnificado por parte del prestador.

EMISIÓN: Estará a cargo del empleador afiliado a la Aseguradora. (o Empresa Autoasegurada, de corresponder).

PROCEDIMIENTO:

Lugar: ubicación del establecimiento donde se confecciona el presente formulario.

Fecha: día, mes y año en que se solicita la atención.

Hora: hora de la solicitud.

Aseguradora/Autoasegurada: nombre de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o Autoasegurada.

CÓDIGO N°: número de código otorgado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a la Aseguradora/Autoasegurada.

Razón Social: consignar la razón social del empleador del damnificado.

CUIT: consignar el CUIT del empleador.

Domicilio, Localidad, Provincia y CP: ubicación de la razón social (empleador).

Tel.: teléfono del empleador.

Prestador: nombre del prestador contratado por la Aseguradora/Autoasegurada, al que se deriva al trabajador.

Domicilio, Localidad, Pcia., CP y Tel.: datos del prestador.

"ha sufrido un Accidente": marcar si corresponde

"manifiesta una lesión de probable etiología profesional": marcar si corresponde

Día...../...../.....: día, mes y año en que ocurrió el accidente o el damnificado manifestó su afección.

Las.....horas: hora de sucedido el accidente.

Nombre y Apellido: datos de filiación del trabajador damnificado.

CUIL: CUIL del damnificado.

DNI - LC - LE - CI : número del documento de identidad del trabajador.

Legajo: consignar N° de legajo del damnificado.

Lugar y forma en que se produjo la lesión: mencionar donde ocurrió el accidente (sección, dirección del establecimiento donde ocurrió, en caso de haber sucedido en otro distinto al del empleador) y una breve descripción de lo ocurrido.

Firma y sello: del empleador o persona autorizada.



FORMULARIO 2

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

ASEGURADORA/AUTOASEGURADA.....**COD.Nº**:.....

Contrato N° : Nivel de Autoevaluación del empleador:

EMPLEADOR:**CUIT**:

Domicilio: Localidad:

Pcia: País: CP: Tel:

Razón Social del establecimiento en que ocurrió la contingencia:.....

Actividad: Nivel de autoevaluación:.....

Domicilio: Localidad:

Pcia: País: C.P:

Tel:..... **TRABAJADOR**: Apellido y Nombre:

CUIL: DNI - LC - LE - CI : Sexo: M F

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Nacionalidad: Estado Civil: S - C - V - D - E - H

Domicilio: Localidad:.....

Pcia: País: C.P: Tel.....

Puesto de trabajo habitual: Sección:

Puesto de trabajo en el momento del siniestro:

Fecha de ingreso a la empresa:/...../..... Antigüedad en el puesto:

Ingreso base:

Turno habitual: Fijo Rotativo Horario habitual: ... a ... hs. a hs. a hs.

Accidente: de trabajo In Itinere **Enfermedad Profesional:**

Fecha: (*)...../...../..... Horario de la jornada: ... a ... hs ... a ... hs. Hora del siniestro: hs

Breve descripción del hecho:
.....
.....

Forma del Accidente Agente causante del hecho Naturaleza de la lesión

Zona Afectada Mano hábil D I

Accidente in-itinere: Hubo denuncia Policial SI NO

Denuncia policial
Nº: Comisaría:

Primer auxilio: Médico: MN o MP:

Establecimiento Asistencial:

Domicilio: Localidad:

Pcia: CP: Tel:

Testigos: Nombre y Apellido: DNI:

Domicilio:

Nombre y Apellido: DNI:

Domicilio:

PRESTADOR (al que fue derivado el damnificado):

Domicilio: Localidad:

Pcia: CP: Tel:

(*) En Enfermedad Profesional colocar la fecha de la primera manifestación.

_____/_____/_____

Fecha de emisión

Firma autorizada

Aclaración

INSTRUCTIVO FORMULARIO 2

OBJETIVO: Registrar la denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional por parte del Empleador.

EMISIÓN: Estará a cargo del empleador autoasegurado o afiliado a la Aseguradora.

PROCEDIMIENTO:

Aseguradora/Autoasegurada: Nombre de la Aseguradora de Riesgos de Trabajo o Empresa Autoasegurada

COD.Nº : Número de código otorgado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a la Aseguradora/Autoasegurada.

Contrato: Número del contrato celebrado entre la Aseguradora y el Empleador.

Nivel de Autoevaluación del empleador: colocar el nivel alcanzado.

Empleador: Razón Social del empleador.

CUIT: CUIT del empleador sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, País, CP y Tel.: datos del Empleador.

Razón Social del Establecimiento: en el que estaba desarrollando tareas el damnificado al momento del siniestro.

Actividad: del establecimiento donde ocurrió el siniestro.

Nivel de autoevaluación: colocar el nivel alcanzado por el establecimiento en el que ocurrió el accidente según el formulario de autoevaluación.

Domicilio, Localidad, Provincia, País, CP, TE.: Del establecimiento donde ocurrió el siniestro.

Trabajador: Apellido y Nombre del damnificado.

CUIL.: Del damnificado sin separadores de por medio.

DNI - LC - LE - CI: documento de identidad del trabajador.

Sexo: Del damnificado.

Fecha de nacimiento: Del damnificado.

Nacionalidad: la que posee el trabajador.

Estado civil: marcar cual corresponde.

Domicilio, Localidad, Provincia, País, CP, Tel.: datos del damnificado.

Puesto del trabajo habitual: Tarea comúnmente desarrollada por el damnificado.

Sección: Sector donde desarrolla habitualmente las tareas.

Puesto de trabajo en el momento del siniestro: Tarea que desarrollaba en el momento del siniestro.

Fecha de ingreso: Fecha que figura en la documentación laboral.

Ingreso base: Indicar el salario promedio del trabajador al momento del siniestro.

Antigüedad en el puesto: Tiempo (Días, meses o años) que lleva el damnificado realizando la tarea en que se siniestró.

Turno habitual: Marcar el correspondiente.

Horario habitual: Hora de inicio y finalización de la jornada laboral habitual.

Accidente / Enfermedad: Marcar si es un Accidente de Trabajo, in-itinere o una Enfermedad Profesional.

Fecha: Día, mes y año en que ocurrió el Accidente o en la que el damnificado manifestó la lesión en caso de una Enfermedad Profesional.

Hora de inicio de la jornada: Hora que comenzó a trabajar el damnificado el día del accidente.

Hora del siniestro: Hora en que ocurrió el Accidente.

Breve descripción del hecho: Indicar el lugar y forma en que ocurrió el siniestro.

Forma del Accidente: Colocar el código según Tabla de Referencia Nro. 1.

Agente Causante: Colocar el código según Tabla de Referencia Nro. 2.

Naturaleza de la lesión: Colocar el código según Tabla de Referencia Nro. 3.

Zona afectada: Colocar el código según Tabla de Referencia Nro. 4.

Accidente In-Itinere: Marcar si corresponde.

Denuncia policial, N°, Comisaría: Marcar si se realizó indicando el N° de Acta y la Comisaría donde se realizó.

Primer auxilio: Nombre y matrícula profesional del Médico brindó la primera atención.

Establecimiento, Domicilio, Localidad, Provincia, CP, Tel.: Datos del establecimiento asistencial donde se brindó la primera atención.

Testigos: nombre, apellido, DNI y domicilio de los mismos.

Prestador: Nombre, domicilio, localidad, provincia, CP y Tel. del prestador de la Aseguradora/Autoasegurada al que fue derivado el damnificado.

Fecha de emisión. Fecha en que se confecciona el presente formulario.

Firma y aclaración: Del empresario o persona autorizada por el mismo.



FORMULARIO 3

NOTIFICACIÓN DE LA ASEGURADORA/AUTOASEGURADA AL:

Empleador:

Trabajador:

Lugar: Fecha: / / Hora:.....

Aseguradora/Autoasegurada:.....**Cod. N°**

N° Siniestro:.....

Damnificado: Nombre y Apellido..... **CUIL**.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Pcia:..... CP:..... Tel:.....

Empleador: **CUIT:**

Domicilio:..... Localidad:.....

Pcia:..... CP:..... Tel:.....

Contrato N°:.....

Prestador: **CUIT:**

Domicilio:..... Localidad:.....

Pcia:..... CP:..... Tel:.....

RECHAZO

ACEPTACIÓN

Motivo

.....

.....

Firma Área Médica, Apoderado o
Responsable Legal
Aclaración y Sello

Firma y Aclaración del Notificado

Fecha: / / Hora:.....

INSTRUCTIVO FORMULARIO 3

OBJETIVO: Notificar al Empleador y al Trabajador de la aceptación o rechazo por parte de la Aseguradora/Autoasegurada de la condición laboral del Accidente o Profesional de la Enfermedad.

EMISIÓN: Estará a cargo de la Aseguradora contratada por el Empleador (o Autoasegurada, según corresponda).

Empleador / Trabajador: Marcar a quién está dirigida la notificación.

Lugar, fecha, hora: Mencionar la localidad, la fecha y la hora en que se emite el formulario.

Aseguradora/Autoasegurada: Nombre de la Aseguradora/Autoasegurada.

Cod. N°: número de código otorgado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a la Aseguradora/Autoasegurada.

N° Siniestro: Número correlativo otorgado por la Aseguradora/Autoasegurada a la contingencia.

Damnificado: Nombre y apellido del trabajador siniestrado.

CUIL: CUIL del damnificado sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, CP, y Tel.: Datos del damnificado.

Empleador: Razón Social.

CUIT: CUIT del empleador sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, CP, y Tel.: Datos del empleador.

Contrato N°: Número del contrato celebrado entre la Aseguradora y el empleador.

Prestador: Nombre del prestador de la Aseguradora/Autoasegurada donde se brinda atención médica al damnificado.

CUIT: CUIT del prestador sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, CP, y Tel.: Datos del prestador.

Rechazo / Aceptación: Marcar lo que corresponda.

Motivo: Breve reseña de los fundamentos de la aceptación o del rechazo de la denuncia.

Firma, Aclaración y Sello: Firma, aclaración y sello del responsable del Área Médica , del Responsable Legal o Apoderado, de la Aseguradora/Autoasegurada.

Firma y Aclaración: Del empleador o el Trabajador al que está dirigida la notificación.

Fecha y hora: Mencionar la fecha y la hora en que se notifica al trabajador o al empleador.



FORMULARIO 4

ALTA MÉDICA

Datos a completar por la Aseguradora/Autoasegurada

Lugar: Fecha: / / Hora: / Siniestro N°

ASEGURADORA/AUTOASEGURADA:.....**Código:**.....

a) **Trabajador:**.....**CUIL:**.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Provincia:.....CP:.....Tel:.....

b) **Empleador:**.....**CUIT:**.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Provincia:.....CP:.....Tel:.....

Diagnóstico de Alta:.....

.....**Código OMS (CIE10)**.....

Tipo de Alta:

Sin Incapacidad: Continúa tratamiento: Con Incapacidad: Defunción:

Prestación en especie:.....
.....
.....

INCAPACIDAD: Tipo:.....Grado:.....

Porcentaje:.....Carácter:.....Gran Invalidez:

FACTORES DE PONDERACIÓN: Reubicación laboral: %.....

Tipo de actividad: %.....

Edad: %.....

Porcentaje total:..... %.....

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

Trámite de homologación: se conviene en iniciar el mismo **SI** **NO**

Fecha de la Próxima Revisión: / /

.....

Área Médica de la Aseguradora/Autoasegurada
Prestador habilitado
Aclaración y Sello

Damnificado/derecho-habiente
(NOTIFICACIÓN)

Fecha: / / Hora:.....

INSTRUCTIVO FORMULARIO 4

OBJETIVO: Notificar al Trabajador e informar al Empleador de las condiciones del damnificado al momento del Alta.

EMISIÓN: Estará a cargo de la Aseguradora/Autoasegurada.

Lugar, fecha y hora: Indicar la localidad, día, mes, año y hora en que se emite el alta.

Siniestro N°: Número correlativo otorgado por la Aseguradora/Autoasegurada a la contingencia.

Aseguradora / Autoasegurada: Nombre de la Aseguradora / Autoasegurada.

Código: N° de Código otorgado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a la Aseguradora / Autoasegurada.

Trabajador: Nombre y apellido del damnificado.

CUIL: CUIL del damnificado sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del damnificado.

Empleador: Razón Social.

CUIT: CUIT del empleador sin separadores de por medio.

Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del empleador.

Diagnóstico de Alta: Indicar el nombre de la afección sufrida por el damnificado y el número de la CIE 10 de la OMS.

Tipo de Alta: Marcar lo que corresponda.

Prestaciones en especie: Mencionar las indicadas al damnificado.

Incapacidad: Consignar tipo, grado, porcentaje, carácter y si es una gran invalidez.

Factores de Ponderación:

a) Reubicación laboral: consignar si amerita o no recalificación y el porcentaje otorgado.

b) Tipo de actividad: evaluar el grado de dificultad (ninguna, leve, intermedia o alta) indicando el porcentaje otorgado.

c) Edad: indicar la edad del damnificado al momento de efectuarse la aplicación del factor y el porcentaje otorgado.

Fecha de siniestro: Día, mes y año de ocurrido el siniestro.

Fecha de Alta: Día, mes y año del Alta dada al damnificado.

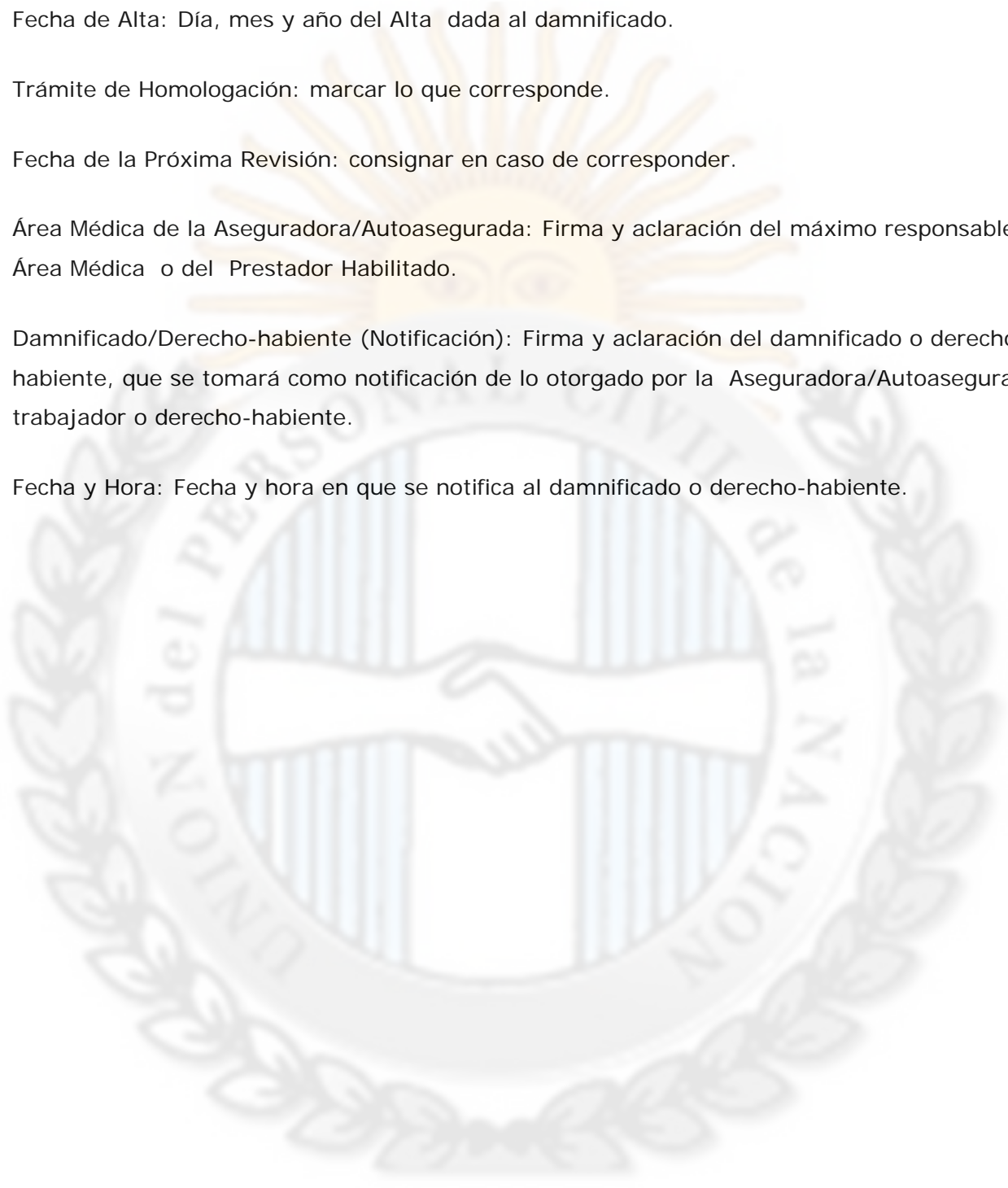
Trámite de Homologación: marcar lo que corresponde.

Fecha de la Próxima Revisión: consignar en caso de corresponder.

Área Médica de la Aseguradora/Autoasegurada: Firma y aclaración del máximo responsable del Área Médica o del Prestador Habilitado.

Damnificado/Derecho-habiente (Notificación): Firma y aclaración del damnificado o derecho-habiente, que se tomará como notificación de lo otorgado por la Aseguradora/Autoasegurada al trabajador o derecho-habiente.

Fecha y Hora: Fecha y hora en que se notifica al damnificado o derecho-habiente.



CONTENIDO Y FORMATO DE LA INFORMACIÓN

1- Diseño de Registro

2 - Tablas de Referencia

DISEÑO DE REGISTRO

Nombre del Campo	Long	Descripción	Llenado de campos
CUIL del Trabajador	9(11)	CUIL del trabajador siniestrado.	Sin guiones ni separadores de por medio. Incluye el prefijo y el dígito verificador del CUIL.
Tipo de documento del Trabajador	9(2)	Tipo de documento del trabajador, se colocará sólo cuando no posea CUIL.	Según tabla de Tipos de Documentos.
Número del documento del Trabajador	9(8)	Número del tipo de documento especificado cuando el trabajador no posea CUIL.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Apellido y Nombre del Trabajador	A(40)	Apellido y Nombre que figura en el DNI para argentinos o en el documento para extranjeros.	
Fecha de nacimiento	9(8)	Fecha que figura en el DNI para argentinos o en el documento validante para extranjeros.	AAAAMMDD
Sexo	A(1)		F=Femenino , M=Masculino
Estado civil	A(1)		S = Soltero, C = Casado, V = Viudo, D = Divorciado, E = Separado, H = Unión de hecho
Nacionalidad	9(3)	Nacionalidad del trabajador siniestrado.	Código Telefónico usado para el Discado Directo Internacional. Ejemplo: ARGENTINA = "054"
CUIT del Empleador	9(11)	CUIT del empleador afiliado.	Sin guiones ni separadores de por medio. Incluye el prefijo y el dígito verificador del CUIT.
Razón Social	A(40)	Razón Social o Apellido y Nombre del empleador afiliado.	

Nombre del Campo	Long	Descripción	Llenado de campos
Número de contrato	9(6)	Número de contrato de afiliación vigente al momento del siniestro.	
Actividad del Empleador	9(6)	Código de actividad del empleador al momento del siniestro de acuerdo al contrato firmado con la Aseguradora.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Nivel de cumplimiento	9(1)	Nivel de cumplimiento de normas en Higiene y Seguridad.	1, 2, 3 ó 4
Fecha de ingreso a la empresa	9(8)	Fecha de ingreso del trabajador a la empresa, según figura en los registros del empleador.	AAAAMMDD
Turno de trabajo	A(1)		F= Fijo; R= Rotativo
Hora habitual de inicio de jornada	9(4)	Hora habitual de inicio de jornada. En caso de ser rotativo incluir el de la última semana laboral.	HHMM, de 0000 a 2359, sin separadores de por medio
Hora habitual de cierre de jornada	9(4)	Hora habitual de término de jornada. En caso de ser rotativo incluir el de la última semana laboral.	HHMM, de 0000 a 2359, sin separadores de por medio
Valor mensual ingreso base	9(8)	Valor mensual ingreso base del trabajador en la empresa según art. 12 de la Ley 24.557.	Cinco enteros, punto y dos decimales.
Ocupación habitual del Trabajador	9(4)	Código de la ocupación habitualmente desarrollada por el trabajador siniestrado, de acuerdo al CIUO -Versión 1988.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Puesto del Trabajador	9(4)	Código de la ocupación desarrollada por el trabajador en el momento del siniestro, de acuerdo al CIUO -Versión 1988.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Antigüedad en el puesto	9(5)	Días de permanencia en el puesto que ocurrió el siniestro.	
Hora de inicio de la jornada del siniestro	9(4)	Hora de inicio de jornada el día del siniestro.	HHMM, de 0000 a 2359, sin separadores de por medio.

Nombre del Campo	Long	Descripción	Llenado de campos
Fecha de inicio del Plan de Mejoramiento	9(8)	Fecha de inicio del Plan de Mejoramiento del establecimiento.	AAAAMMDD
Fecha de vencimiento del Plan de Mejoramiento	9(8)	Fecha de vencimiento del Plan de Mejoramiento del establecimiento.	AAAAMMDD
Involucrado Plan de Mejoramiento	A(2)	Indicar si el sector o equipo involucrado estaba contemplado en el Plan de Mejoramiento.	"SI" o "NO"
Incumplimiento del Plan de Mejoramiento	A(2)	Indicar si corresponde imputar el accidente al incumplimiento del Plan de Mejoramiento.	"SI" o "NO"
Incumplimiento de normativa	A(2)	Indicar si corresponde imputar el accidente al incumplimiento de las normativas vigentes en Higiene y Seguridad en el Trabajo.	"SI" o "NO"
Actividad del establecimiento del siniestro	A(5)	Código de actividad del establecimiento donde ocurrió el siniestro, de acuerdo al CIIU revisión III.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Denominación del establecimiento	A(30)	Denominación del establecimiento donde ocurrió el siniestro.	
Calle	A(30)	Nombre y número de la calle, ruta o acceso del establecimiento del siniestro.	
Partido o departamento	A(40)	Partido o departamento del establecimiento del siniestro.	
Localidad o paraje	A(40)	Localidad o paraje del establecimiento del siniestro.	
Provincia	9(2)	Código de la provincia del establecimiento del siniestro.	2 enteros, ver tabla de Provincias.
Código postal	9(4)	Código postal del establecimiento del siniestro.	4 enteros.
Teléfono del establecimiento	A(15)	Teléfono de establecimiento de ocurrencia del siniestro.	
Número de siniestro	9(8)	Número de siniestro otorgado por la Aseguradora o empresa autoasegurada.	Sin guiones ni separadores de por medio.

Nombre del Campo	Long	Descripción	Llenado de campos
Fecha del siniestro	9(8)	Fecha de ocurrencia del hecho.	AAAAMMDD
Hora del siniestro	9(4)	Hora de ocurrencia del hecho.	HHMM, de 0000 a 2359
Tipo de siniestro	A(1)	Tipo de siniestro acaecido.	T= Accidente de Trabajo, I= Accidente in Itínere, P= Enfermedad Profesional, R= Reagravación
Denuncia policial	A(20)	Identificación de la comisaría y número de denuncia policial, en su caso.	
Número de siniestro anterior (Reagravación)	9(8)	Número de siniestro origen si el tipo de siniestro es de reingreso.	Sin guiones ni separadores de por medio.
Gravedad del siniestro	A(1)	Primera estimación de la gravedad del accidente.	L= Leve, G= Grave, M=Mortal
Agentes causantes del siniestro	9(3)	Código de agente causante.	Ver tabla de Agentes Causantes.
Forma de detección	A(1)	Código de examen en el que se descubre la enfermedad.	P= Examen Preocupacional, R= Examen Periódico, E= Examen de Egreso, O= Otros
Zonas del cuerpo afectadas	9(3)	Código de zonas del cuerpo afectada.	Ver tabla Zona Afectada.
Forma de accidente	9(2)	Código de forma de accidente.	Ver tabla Forma de Accidente.
Naturaleza de lesión	9(2)	Código de Naturaleza de Lesión.	Ver tabla Naturaleza de la Lesión.
Diagnóstico Médico	A(4)	Codificación de OMS CIE-10.	Alineado a la izquierda, completando con espacios, sin punto.
Prestación en especie	A(50)	Se colocará el tipo de prestación otorgada.	
Días caídos desde la fecha del siniestro	9(4)	Se consideran días caídos aquellos en los que no se realizaron las tareas habituales, incluidos días domingos, feriados y días en los que la empresa estuvo cerrada, excluidos el día del siniestro y el de la vuelta al trabajo.	Cuatro enteros.

Nombre del Campo	Long	Descripción	Llenado de campos
Días de internación	9(3)	Total de días en que estuvo internado el trabajador siniestrado.	Tres enteros.
Tipo de alta	A(1)	Código de tipo de alta otorgado.	R = Sanatorial con reposo, C = Laboral con tratamiento, S = Laboral sin tratamiento, D = Defunción
Fecha de alta	9(8)	Fecha del alta.	AAAAMMDD
Fecha de reincorporación	9(8)	Fecha de reincorporación del trabajador al empleo	AAAAMMDD
Tipo de incapacidad	A(1)		T = Temporaria, P = Permanente, S = Sin incapacidad
Grado de incapacidad	A(1)	Mencionar si es una incapacidad parcial o total.	P = Parcial T = Total
Carácter de la incapacidad	A(1)	Mencionar si es una incapacidad provisoria o definitiva.	P = Provisoria D = Definitiva
Porcentaje de incapacidad	9(6)	Porcentual de incapacidad según la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.	999.99 Ejemplo: 063.23
Gran invalidez	A(2)	Indicar si existe esta situación.	"SI" o "NO"
Ente homologador	9(3)	Indicar el ente homologador, en su caso.	Según tabla de Entes Homologadores.
Solicitud de intervención	A(2)	Indicar si se solicitó intervención de Comisión Médica Periférica ó Central.	"SI" o "NO"
Comisión Médica	A(3)	Código de la Comisión Médica interviniente.	Según tabla de Comisiones Médicas.
Fecha de revisión de la incapacidad	9(8)	Fecha en que se procederá a revisar la incapacidad que presenta el trabajador.	AAAAMMDD

La información descripta se solicitará en soporte magnético, en formato ASCII, con longitud de registros fija.

El Registro deberá mantener los cambios en el tiempo, que se produzcan en los siguientes campos:

- Diagnóstico Médico.
- Prestación en Especie.
- Tipo de Alta.
- Fecha de Alta.
- Tipo de Incapacidad.
- Grado de Incapacidad.
- Carácter de la Incapacidad.
- Porcentaje de Incapacidad.
- Solicitud de Intervención.
- Comisión Médica.
- Fecha de Revisión de la Incapacidad.

En tales casos se indicará la fecha de registro de la novedad.



TABLAS DE REFERENCIA

Tabla 1.- Forma en que se produjo el Accidente de Trabajo o la Enfermedad Profesional

- 01 Caída de personas a nivel
- 02 Caída de personas de altura
- 03 Caída de personas al agua
- 04 Caída de objetos
- 05 Derrumbes o desplome de Instalaciones
- 06 Pisada sobre objetos
- 07 Choque contra objetos
- 08 Golpes por objetos (excepto caídas)
- 09 Aprisionamiento o Atrapamiento
- 10 Esfuerzo físico excesivo o falsos movimientos
- 11 Exposición a frío
- 12 Exposición a calor
- 13 Exposición a radiaciones ionizantes
- 14 Exposición a radiaciones no ionizantes
- 15 Exposición a productos químicos
- 16 Contacto con electricidad
- 17 Contacto con productos químicos
- 18 Contacto con fuego
- 19 Contacto con materiales calientes o incandescentes
- 20 Contacto con frío
- 21 Contacto con calor
- 22 Explosión o implosión
- 23 Incendio
- 24 Atropellamiento por animales
- 25 Mordeduras por animales
- 26 Choque de vehículos
- 27 Atropellamientos por vehículo
- 28 Fallas en mecanismos para trabajos hiperbáricos
- 29 Agresión con armas
- 99 Otras formas (elaborar informe especial)

Tabla 2.- Agente causante

Ambiente de Trabajo


- 001 Piso
- 002 Paredes
- 003 Techo
- 004 Escaleras
- 005 Rampas
- 006 Pasarelas
- 007 Aberturas, Puertas, Portones, Persianas
- 008 Ventanas

Instalaciones complementarias del ambiente de Trabajo

- 010 Tubos de ventilación
- 011 Cañería de gas
- 012 Cañería de aire
- 013 Cañería de agua
- 014 Cañería de electricidad
- 015 Cañería de materias primas o productos
- 016 Cañería de desagües
- 017 Rejillas
- 018 Estanterías
- 030 Electricidad
- 031 Vehículos o Medio de Transporte en general
- 032 Máquinas y Equipos en general
- 033 Herramientas (portátiles, manuales, mecánicas, eléctricas, neumáticas, etc.)
- 034 Aparatos para izar o medios de elevación

Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo

- 040 Matrices
- 041 Paralelas
- 042 Bancos de trabajo
- 043 Recipientes
- 044 Andamios
- 045 Archivos
- 046 Escritorios
- 047 Asientos en gral.
- 048 Muebles en gral.
- 049 Materias primas
- 050 Productos elaborados
- 060 Temperaturas extremas
- 061 Fuego
- 062 Agua
- 063 Polvos
- 064 Humos
- 065 Gases
- 066 Vapores
- 067 Nieblas
- 068 Productos químicos (excepto los Agentes mencionados en el Listado de Enf. Profesionales)
- 069 Factores biológicos (excepto los Agentes mencionados en el Listado de Enf. Profesionales)
- 070 Animales
- 071 Vegetales
- 072 Radiaciones ionizantes
- 073 Radiaciones no ionizantes
- 074 Radiaciones Infrarrojas
- 075 Radiaciones Ultravioletas
- 076 Onda expansiva
- 077 Factores climáticos

- 
- 078 Presiones atmosféricas extremas
 - 079 Arma blanca
 - 080 Arma de fuego
 - 081 Ruido
 - 082 Rayos Láser
 - 083 Vibraciones transmitidas al miembro superior
 - 084 Vibraciones transmitidas al cuerpo entero
 - 085 Posiciones forzadas y gestos repetitivos del miembro superior
 - 086 Posiciones forzadas y gestos repetitivos del miembro inferior
 - 087 Sobrecarga del uso de la voz
 - 088 Antimonio y sus compuestos
 - 089 Arsénico y sus compuestos
 - 090 Berilio y sus compuestos
 - 091 Cadmio y sus compuestos
 - 092 Cromo y sus compuestos
 - 093 Flúor y sus compuestos
 - 094 Fósforo y sus compuestos
 - 095 Manganeseo y sus compuestos
 - 096 Mercurio y sus compuestos
 - 097 Níquel y sus compuestos
 - 098 Plomo y sus compuestos
 - 099 Compuestos alquílicos del Plomo
 - 100 Selenio y sus compuestos
 - 101 Alcoholes y Cetonas
 - 102 Benceno
 - 103 Tolueno y Xileno
 - 104 Halogenados de Hidrocarburos alifáticos
 - 105 Halogenados de Hidrocarburos aromáticos
 - 106 Derivados nitrados y aminados del Benceno
 - 107 N-Hexano
 - 108 Sulfuro de carbono
 - 109 Derivados del Fenol, Pentaclorofenol e Hidroxibenzonitrilo
 - 110 Aminas aromáticas y derivados
 - 111 Clorometil etil éter
 - 112 Nitroglicerina y esteres del Ácido Nítrico
 - 113 Isocianatos orgánicos
 - 114 Resinas epóxicas
 - 115 Acrilatos
 - 116 Cloruro de vinilo
 - 117 Furfural y Alcohol Furfúrico
 - 118 Aldehído Fórmico y sus polímeros
 - 119 Monóxido de Carbono
 - 120 Ácido Cianhídrico y cianuros
 - 121 Hidrógeno sulfurado
 - 122 Sílice
 - 123 Silicatos
 - 124 Carbón Mineral
 - 125 Asbesto
 - 126 Carburos de metales duros
 - 127 Algodón y otras fibras vegetales
 - 128 Humos y polvos de Oxido de Hierro
 - 129 Estireno
 - 130 Oxido de Etileno
 - 131 Gases crudos de fábricas de Coque
 - 132 Estrógenos
 - 133 Sustancias irritantes de las vías respiratorias
 - 134 Sustancias sensibilizantes de las vías respiratorias
 - 135 Sustancias sensibilizantes del Pulmón
 - 136 Cemento

- 137 Agentes químicos sensibilizantes de la Piel
- 138 Hipopigmentantes de la Piel
- 140 Sustancias nocivas para el esmalte y la estructura de los Dientes
- 141 Penicilinas y Cefalosporinas
- 142 Enzimas de origen animal, vegetal o bacteriano
- 143 Aceites o Grasas de origen mineral o sintético
- 144 Derivados del Petróleo
- 145 Organofosforados y Carbamatos
- 146 Bromuro de Metilo
- 147 Brucella
- 148 Virus Hepatitis A
- 149 Virus Hepatitis B y C
- 150 Bacillus Anthracis
- 151 Mycobacterium Tuberculosis
- 152 Leptospira
- 153 Clamidia Psittaci
- 154 Histoplasma Capsulatum
- 155 Cestodes
- 156 Plasmodium
- 157 Leishmania Donovanii Chagasi
- 158 Virus Amarilicos
- 159 Arbovirus - Avenovirus - Virus Junín
- 160 Citomegalovirus
- 161 Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- 162 Herpes simple
- 163 Cándida Albicans
- 999 Otros agentes (Elaborar informe especial)



Tabla 3.- Naturaleza de la lesión

- 01 Escoriaciones
- 02 Heridas punzantes
- 03 Heridas cortantes
- 04 Heridas contuso/anfractuosa
- 05 Heridas de bala
- 06 Pérdida de tejidos
- 07 Contusiones
- 08 Traumatismos internos
- 09 Torceduras y esguinces
- 10 Luxaciones
- 11 Fracturas
- 12 Amputaciones
- 13 Gangrenas
- 14 Quemaduras
- 15 Cuerpo extraño en ojos
- 16 Enucleación ocular
- 17 Intoxicaciones
- 18 Asfixia
- 19 Efectos de la electricidad
- 20 Efectos de las radiaciones
- 21 Disfunciones orgánicas (Elaborar informe especial).
- 99 Otros (Elaborar informe especial)



Tabla 4.- Zona Afectada

Cabeza

- 001 Región craneana (cráneo, cuero cabelludo)
- 002 Ojos (con inclusión de los Párpados, la órbita y del nervio óptico)
- 003 Pabellón Auricular (incluye Conducto Auditivo externo)
- 004 Oído (incluye Oído medio e interno y Nervio auditivo)
- 005 Aparato Vestibular (incluye la rama Vestibular del Nervio Auditivo)
- 006 Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
- 007 Nariz
- 008 Senos Paranasales
- 009 Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes)
- 015 Cabeza, ubicaciones múltiples
- 016 Cuello

Tronco

- 020 Región cervical (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 021 Región dorsal (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 022 Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 023 Tórax (costillas, esternón)
- 024 Abdomen (pared abdominal)
- 025 Pelvis
- 029 Tronco, ubicaciones múltiples

Miembro superior

- 030 Hombro (con inclusión de clavícula , omóplato y axila)
- 031 Brazo
- 032 Codo
- 033 Antebrazo
- 034 Muñeca
- 035 Mano (con excepción de los dedos solos)
- 036 Dedos de las manos
- 039 Miembro superior, ubicaciones múltiples

Miembro inferior

- 040 Cadera
- 041 Muslo
- 042 Rodilla
- 043 Pierna
- 044 Tobillo
- 045 Pie (con excepción de los dedos solos)
- 046 Dedos de los pies
- 049 Miembro inferior, ubicaciones múltiples(Elaborar informe especial)

Aparato Cardiovascular

- 050 Aparato cardiovascular en general .
- 051 Corazón
- 052 Aorta
- 053 Cava
- 054 Arterias y Venas de Cabeza
- 055 Arterias y Venas de Cuello
- 056 Arterias y Venas de Tórax
- 057 Arterias y Venas de Abdomen
- 058 Arterias y Venas de Miembros Superiores
- 059 Arterias y Venas de Miembros Inferiores

Aparato Respiratorio

- 070 Aparato respiratorio en general
- 071 Laringe
- 072 Traquea
- 073 Bronquios
- 074 Pulmones
- 075 Pleura

Aparato Digestivo

- 080 Aparato digestivo en general
- 081 Faringe
- 082 Esófago
- 083 Estomago
- 084 Intestino Delgado
- 085 Intestino Grueso
- 086 Recto y Ano
- 087 Hígado
- 088 Vesícula Biliar y Vías Biliares
- 089 Páncreas

Sistema Nervioso

- 100 Sistema nervioso en general
- 101 Cerebro
- 102 Cerebelo
- 103 Protuberancia
- 104 Bulbo
- 105 Medula espinal
- 106 Plexos
- 107 Nervios Craneanos
- 112 Nervios Periféricos del Tronco
- 113 Nervios Periféricos del Miembro Superior
- 117 Nervios Periféricos del Miembro Inferior

Aparato Genitourinario

- 120 Aparato genitourinario en gral.
- 121 Riñón
- 122 Uréter
- 123 Vejiga
- 124 Uretra
- 125 Próstata
- 126 Testículos
- 127 Pene
- 128 Ovarios
- 129 Trompa de Falopio
- 130 Útero
- 131 Vagina
- 132 Vulva
- 133 Mamas

Sistema Hematopoyético

- 140 Sistema Hematopoyético en gral.
- 141 Bazo
- 142 Medula ósea
- 143 Sistema Inmunológico

Sistema Endocrino

- 150 Sistema Endocrino en gral.
- 151 Hipófisis
- 152 Pineal
- 153 Suprarrenal
- 154 Tiroides
- 155 Páncreas
- 156 Ovario
- 157 Testículo

Sistema Linfático

- 170 Sistema Linfático en gral.
- 171 Conducto Torácico
- 172 Ganglios

Aparato Psíquico

- 180 Aparato Psíquico en gral.

Piel (en las lesiones dérmicas indicar la zona afectada)

Ubicaciones múltiples

- 190 Cabeza y Cuello
- 191 Cabeza y Tórax
- 192 Cabeza y Abdomen
- 193 Cabeza y Miembros Superiores
- 194 Cabeza y Miembros Inferiores
- 195 Tórax y Abdomen
- 196 Tórax y Miembros Superiores
- 197 Tórax y Miembros Inferiores
- 198 Abdomen y Miembros Superiores
- 199 Abdomen y Miembros Inferiores
- 200 Miembros Superiores
- 201 Miembros Inferiores
- 202 Miembros Superiores e Inferiores
- 210 Aparato Cardiovascular y Respiratorio
- 211 Aparato Cardiovascular y Digestivo
- 212 Aparato Cardiovascular y Sistema Nervioso
- 213 Aparato Cardiovascular y Genitourinario
- 214 Aparato Respiratorio y Digestivo
- 215 Aparato Respiratorio y Piel
- 216 Sistema Nervioso y Piel
- 260 Pared abdominal y órganos internos
- 261 Pared torácica y órganos internos (incluye Mediastino)
- 262 Columna Vertebral y Médula Espinal

Tabla 5.- Tipo de Documento

- 00 Cédula de Policía Federal
- 01 Cédula de la Policía de BS.AS.
- 02 Cédula de la Policía de CATAMARCA
- 03 Cédula de la Policía de CÓRDOBA
- 04 Cédula de la Policía de CORRIENTES.
- 05 Cédula de la Policía de E.RIOS
- 06 Cédula de la Policía de JUJUY
- 07 Cédula de la Policía de MENDOZA
- 08 Cédula de la Policía de LA RIOJA
- 09 Cédula de la Policía de SALTA
- 10 Cédula de la Policía de SAN JUAN
- 11 Cédula de la Policía de SAN LUIS
- 12 Cédula de la Policía de STA. FE
- 13 Cédula de la Policía de S.ESTERO
- 14 Cédula de la Policía de TUCUMAN
- 16 Cédula de la Policía de CHACO
- 17 Cédula de la Policía de CHUBUT
- 18 Cédula de la Policía de FORMOSA
- 19 Cédula de la Policía de MISIONES
- 20 Cédula de la Policía de NEUQUÉN
- 21 Cédula de la Policía de LA PAMPA
- 22 Cédula de la Policía de R.NEGRO
- 23 Cédula de la Policía de STA.CRUZ
- 24 Cédula de la Policía de T.FUEGO
- 89 Libreta Cívica
- 90 Libreta de Enrolamiento
- 96 Documento Nacional de Identidad



Tabla 6.- Provincias

- 00 CAP. FED.
- 01 BUENOS AIRES
- 02 CATAMARCA
- 03 CORDOBA
- 04 CORRIENTES
- 05 ENTRE RIOS
- 06 JUJUY
- 07 MENDOZA
- 08 LA RIOJA
- 09 SALTA
- 10 SAN JUAN
- 11 SAN LUIS
- 12 SANTA FE
- 13 S. ESTERO
- 14 TUCUMAN
- 16 CHACO
- 17 CHUBUT
- 18 FORMOSA
- 19 MISIONES
- 20 NEUQUÉN
- 21 LA PAMPA
- 22 RIO NEGRO
- 23 SANTA CRUZ
- 24 TIERRA DEL FUEGO



Tabla 7.- Entes Homologadores

02A	Dirección Provincial de Trabajo de Catamarca
05A	Dirección General de Trabajo de la Provincia de Entre Ríos
06A	Dirección Provincial de Trabajo de Jujuy
07A	Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social de la Provincia de Mendoza
08A	Secretaría de Empleo de la Provincia de La Rioja
09A	Subsecretaría de la Unidad de Empleo de la Provincia de Salta
10A	Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de San Juan
12A	Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social de la Provincia de Santa Fe
14A	Secretaría de Estado de Trabajo de la Provincia de Tucumán
19A	Dirección General de Trabajo y Empleo de la Provincia de Misiones
21A	Dirección General de Relaciones Laborales de la Provincia de La Pampa



Tabla 8- Comisiones Médicas

001	Tucumán
002	Resistencia
003	Posadas
004	Mendoza
005	Córdoba
006	Villa María
007	Rosario
008	Paraná
009	Neuquén
10A	Capital Federal
10B	Capital Federal
10C	Capital Federal
10D	Capital Federal
10E	Capital Federal
011	La Plata
012	Mar del Plata
013	Bahía Blanca
014	Junín
017	Santa Rosa
018	Viedma
019	Comodoro Rivadavia
020	Río Gallegos
021	Ushuaia
022	San Salvador
023	Salta
024	Catamarca
025	La Rioja
026	San Juan
027	San Luis
028	Formosa
029	Santiago del Estero
030	Corrientes
031	Zárate
CMC	Comisión Médica Central

