

Resolución N° 45/97

Bs. As., 20/6/97

VISTO el inciso 3 del artículo 21 de la Ley N° 24.557, el artículo 35 del Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996 y los artículos 3° y 4° de la Resolución Conjunta SRT N° 184 y SAFJP N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con las disposiciones citadas corresponde a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) dictar las normas complementarias para los procedimientos establecidos respecto de los trámites en los que deban intervenir las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central.

Que atento lo dispuesto por el artículo 3° de la Resolución S.R.T. N°184/96, la Subgerencia de Control de Prestaciones de esta Superintendencia tiene la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo.

Que el artículo 4° de la Resolución citada, faculta a la Subgerencia de Control de Prestaciones de la S.R.T. a elaborar y aprobar las actualizaciones periódicas de dichos procedimientos.

Que la mencionada Subgerencia, en uso de las facultades acordadas, ha elaborado, en base a la experiencia acumulada, nuevas normas del MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL que como Anexo I forma parte integrante de la Resolución Conjunta SRT N° 184/96 y SAFJP N° 590/96.

Que a los efectos de facilitar su utilización por parte de las Comisiones Médicas, las nuevas normas elaboradas se presentan en un texto unificado con la redacción original del Manual de Procedimientos mencionado.

Que la Subgerencia de Asuntos Legales se ha expedido en forma favorable respecto de la nueva normativa.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones establecidas en el artículo 35 del Decreto 717/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1° - Aprobar las nuevas normas que se incorporan al MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN LOS QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL (Resolución Conjunta SRT N° 184/96 y SAFJP N° 590/96), contenidas en el texto unificado como Anexo I de la presente, formando parte en un todo de esta Resolución.

(Nota: por 2° de la [Resolución SRT N° 992/2012](#) se deroga toda disposición que se oponga a la norma de referencia contenida en la presente Resolución)

ARTICULO 2° - Esta Resolución entrará en vigencia el día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3° -- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese, previa publicación en el Boletín Oficial.

Lic. Osvaldo E. Giordano, 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 DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CAPITULO 1

TRÁMITES PARA DIVERGENCIAS E INCAPACIDADES LABORALES

Actuación ante la Comisión Médica

Inicio del expediente

Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado

Motivos de la Solicitud de Intervención:

- Rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado negando la existencia del accidente o enfermedad o de la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad.
- Divergencia en relación a la situación de la Incapacidad Laboral Temporal (ILT) o de la Incapacidad Laboral Permanente.
- Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie.
- Silencio de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado (implica no expedirse expresamente aceptando o rechazando la pretensión).

Trámites iniciados por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado

Motivos de la Solicitud de Intervención:

- Homologar acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes Parciales (ILPP) Definitivas.
- Dictaminar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP).
- Extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP) Provisoria.
- Suspender las prestaciones dinerarias (Ley N° 24.557 Art. 20 ap. 2) ante una negativa injustificada del damnificado a aceptar las prestaciones en especie indicadas.

1. El trámite se podrá iniciar mediante la presentación de la documentación en forma personal o por vía postal.

En la presentación vía postal no se exigirá al damnificado el formulario de "Denuncia del Trabajador o Derechohabiente".

2. El trámite deberá iniciarse ante la Comisión Médica con competencia territorial en el domicilio real del damnificado (lugar donde reside en el momento de iniciar el trámite).

En los casos que por razones de distancia resultara mas cercana otra Comisión Médica que la que corresponda por competencia territorial, el damnificado podrá, al iniciar el mismo, requerir mediante nota el traslado del expediente a la Comisión Médica más cercana al domicilio real del damnificado, argumentando los motivos que impulsan tal pedido.

A. Armado del expediente

El Administrativo de la Comisión Médica deberá realizar el siguiente procedimiento en oportunidad de ingresar la documentación a la Comisión:

1. Recibir en mano o por servicio postal el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" Form. Anexo A presentado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado y/o la "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" Form. Anexo B o nota enviada vía postal, en el caso en que la presentación sea hecha por el trabajador o sus derechohabientes adjuntando la documentación que posea el solicitante.

La "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" o la nota que de origen al trámite, deberá estar firmada por el Solicitante y podrá estar suscripta por un profesional de la salud que avale el requerimiento.

La "Solicitud de Intervención" deberá estar firmada por el representante del Área Médica de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o por el representante del Empleador no asegurado y por el profesional de la salud que avale el requerimiento de esta última.

La presentación estará acompañada de:

- ⇒ Fotocopia del Documento de Identidad del damnificado donde conste el último cambio de domicilio.
- ⇒ Fotocopia del Documento de Identidad del derechohabiente y/o del apoderado, en caso de iniciar estos el trámite, donde conste el último cambio de domicilio.

Cuando el Damnificado o Derechohabiente no cuente con Documento de Identidad (D.N.I., L.C. o L.E.), se incorporará la copia de otro documento y la copia de la denuncia policial de extravío, robo o hurto de su documento de identidad.

Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado inicie el trámite por una divergencia con el damnificado o derechohabiente, y no contare con copia del documento de identidad del mismo, deberá informar en el expediente el último domicilio conocido del damnificado o derechohabiente, para poder efectuar la citación correspondiente.

- ⇒ Poder otorgado ante escribano público donde figure la autorización para representar al otorgante y gestionar trámites administrativos, cuando el expediente lo inicie el apoderado del Damnificado o Derechohabiente; o cuando se presente durante la tramitación del mismo.
- ⇒ Poder otorgado ante escribano público para el apoderado, o autorización para gestionar trámites administrativos para el representante del Área Médica cuando el expediente lo inicie la Aseguradora o Empleador Autoasegurado,
- ⇒ Poder otorgado ante escribano público, para el apoderado o estatuto social donde acredite la representación cuando el expediente lo inicie un Empleador no asegurado.

En los tres casos anteriores, si el apoderado fuera abogado, bastará con la presentación de la copia del poder firmada por el letrado en todas sus partes.

- ⇒ La Historia clínica del siniestro: se podrá presentar el original o copia certificada por el profesional del establecimiento o de la Aseguradora/Autoasegurada.
- ⇒ Los originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado, a saber: estudios complementarios, informes, certificados médicos, etc.

- ⇒ De contar el damnificado o derechohabiente con ellos, los Formularios de la Solicitud de Atención, de la Solicitud de la contingencia, de la Aceptación o Rechazo de la contingencia, del Alta Médica y/o de la Revisión de la Incapacidad (Formularios N° 1, 2, 3 y 4 de la Resolución S.R.T. N° 204/96).
- ⇒ Los Formularios de la denuncia de la contingencia, de la Aceptación o Rechazo de la contingencia, del Alta Médica y/o de la Revisión de la Incapacidad (Formularios N° 2, 3 y 4 de la Resolución S.R.T. N° 204/96), cuando el trámite lo inicie la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
- ⇒ El Formulario Anexo I del Acuerdo entre las partes sobre una Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva para el Trámite de Homologación, si correspondiere.
- ⇒ Cuando el expediente lo inicie la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, los antecedentes que tenga del damnificado, a saber:
- * Historia clínica laboral con los exámenes de ingreso, periódicos, previos a un cambio de actividad o tarea, luego de una enfermedad prolongada y/o de egreso;
 - * Estudios complementarios; Certificados médicos;
 - * Libro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, el listado de riesgos, el listado de productos y de sustancias químicas existentes en la empresa, etc.;
 - * Dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);
 - * Dictámenes o sentencias sobre incapacidades laborales previas, etc..

La documentación complementaria y los formularios de la Resolución S.R.T. N° 204/96, podrán ser incorporados durante la Audiencia y/o examen médico.

En el caso que la presentación sea por vía postal se podrán enviar las fotocopias de la documentación, debiendo exhibir los originales en la Audiencia y/o examen médico.

2. Sellar y fechar el original y copia de la "Solicitud de Intervención" o "Solicitud 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.
 - "/" (barra).
 - Los dos últimos al año de emisión.

Ej.: 001-L-0001/97 Comisión Médica N° 1, Trámite Laboral, Expediente N° 1 del año 1997

A los expedientes ingresados provenientes de otra Comisión Médica, no se le asignará nuevo número.

4. Registrar el número de expediente en el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" o "Solicitud 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. Anexo J): Se consignará el N° de expediente, los datos del damnificado y de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado, fecha de inicio, datos del solicitante y un breve extracto de lo solicitado.

b) Original de la "Solicitud de Intervención" o "Solicitud 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).

En caso de no contar con estos, se incorporarán las copias de otro documento y de la denuncia policial de extravío, robo o hurto del documento de identidad.

d) Cuando la Solicitud 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), documentación que acredite el vínculo familiar, cesión de poder y/o certificado de defunción del damnificado.

En caso de no contar con documento de identidad, se incorporarán las copias de otro documento y de la denuncia policial de extravío, robo o hurto del primero.

e) Historias clínicas o resúmenes y/o certificados originales suscritos por profesionales de la salud.

f) Estudios médicos complementarios (informes escritos y medios gráficos).

g) Se agregarán los expedientes anteriores correspondientes a la misma contingencia y copia fiel de los dictámenes correspondientes a los expedientes anteriores no relacionados con la contingencia en cuestión.

7. Entregar el duplicado de la "Solicitud de Intervención" o "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" al recurrente o reintegrarlo por servicio postal, 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. La Solicitud de Intervención o la Solicitud del Trabajador o Derechohabiente, será el folio N° 1.

La Comisión Médica que inicia una actuación, y en cada caso la que las 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 procediendo a refoliar las actuaciones.

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 por pedido de un Juez, se dejará constancia en el expediente, aclarando motivo del desglose y fojas que fueron desglosadas, reemplazando las mismas cuando fuera posible por fotocopias.

9. Sólo se rechazará la iniciación del trámite en los casos que se mencionan a continuación, procediendo a reintegrar al solicitante la documentación presentada, adicionando una nota que explique el motivo de la devolución.
 - a) Solicitud de Intervención presentada por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado incompleta.
 - b) Solicitud del Trabajador o Derechohabiente o nota enviada por vía postal incompleta, cuando impida identificar a las partes.
 - c) Denuncia no contemplada en el Manual de Procedimientos.
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.
12. Se buscará en el archivo los posibles antecedentes del damnificado, para que sean evaluados por el médico coordinador y posteriormente de ser necesario incorporar los mismos al presente actuado.

B. Evaluación del expediente

El Coordinador de la Comisión Médica:

1. Procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y la forma de la presentación y a su vez, de los antecedentes que pudieran existir. De ser necesario, indicará el agregado de los antecedentes, dejando constancia de ello en el expte.
 - En aquellos casos en que surjan de los archivos de la Comisión Médica que el damnificado haya solicitado la intervención judicial en un trámite anterior, se le requerirá en la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" que incorpore al expediente las sentencias 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 dos (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 Coordinador.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio del Damnificado 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:

- Corresponder a documentación original. No deben aceptarse fotocopias, aún cuando sean certificadas por escribano.
 - Indicar fecha de emisión.
 - Contener nombre/s y apellido/s y número de documento de identidad del damnificado.
 - Contener nombre completo del profesional informante, especialidad y número de matrícula.
 - Ser legibles.
 - No contener enmiendas, borrones, tachaduras o correcciones de ninguna especie, a menos que el propio profesional informante certifique en el mismo documento su validez.
 - Indicar la dirección o el lugar donde el certificado o examen fue extendido.
 - Tener membrete con identificación completa de la Entidad o del Hospital o Centro Médico, cuando de ello se trate.
4. Al 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. 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.

En las solicitudes acompañadas de fotocopias de la documentación requerida o en las que faltara incorporar algún elemento, se procederá en la notificación para la Audiencia y/o examen médico a intimar a concurrir con los originales de la documentación en cuestión, para que en el momento de la Audiencia y/o examen médico (punto F.) se exhiban los originales, procediéndose a incorporarlos al expediente, debiendo dejarse constancia de ello en el mismo y en el Acta de audiencia y/o examen médico para trámite de Incapacidad Laboral (Formulario Anexo D).

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 o en los casos en que al dictaminarse una Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva que sumada a las Incapacidades preexistentes se convirtiera en una Incapacidad Permanente Total.

1. Analizar en base al expediente las condiciones ambulatorias del damnificado, decidiendo citar al mismo o constituirse en el domicilio donde el damnificado denuncia encontrarse.
2. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" Form. Anexo C por triplicado, o más (según corresponda). La Audiencia deberá practicarse dentro de los 10 (DIEZ) días de recibida la "Solicitud".

En los trámites que fueron trasladados a otra Comisión a consecuencia del pedido expreso del solicitante, los plazos correrán a partir de la recepción del expte. por parte de la Comisión destinataria.

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 "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" (Anexo B) si fuera iniciado por el damnificado o derechohabiente, mediante notificación fehaciente, a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado, dejando constancia en el expediente.
5. Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.
6. Incorporar al 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 la recitación de las partes dentro de los diez (10) días siguientes, 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 la Comisión deberá asentar tal circunstancia en el expediente, 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 Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado según punto C) Citación a las partes.
5. En todos los casos agendar los plazos.
6. Ante la imposibilidad de notificar fehacientemente al damnificado o derechohabiente de la Audiencia y/o examen médico, cuando el trámite lo haya iniciado la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, se le informará al solicitante sobre la situación, y se le requerirá los datos necesarios para poder citar fehacientemente al damnificado o derechohabiente.
7. De no poder notificar al damnificado o derechohabiente no se continuará con el trámite, dejando constancia de ello en el expediente.

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

A la audiencia y/o examen médico deben concurrir el médico del Área Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o médico prestador habilitado por ella y el damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

Todos los concurrentes a la misma deberán ser identificados por la Comisión Médica, mediante exhibición de los documentos de identidad.

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

Los representantes de las partes deberán exhibir el poder legal o autorización correspondiente, cuando se presenten como tales y no lo hubieran incorporado al expediente.

La Comisión Médica controlará que en el expediente figure toda la documentación requerida según el inciso 1. del punto A. Armado del expediente. En su defecto se solicitará a las partes que la presenten durante la Audiencia. En caso de no contar con ella, se les efectuará en el Acta de Audiencia y/o examen médico un emplazamiento para incorporar dicha documentación al trámite.

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente por formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" Form. Anexo D y emitir un dictamen según el punto K) Dictamen, en aquellos casos en que hubiese sido obligatorio la intervención de la Comisión Médica.

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. Anexo E, 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 si fuera necesario, 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 Aseguradora o del Empleador Autoasegurado en el supuesto que no hubieran sido efectuados por los mismos 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, de servicios profesionales o de organismos técnicos; también se puede solicitar cooperación de la autoridad laboral o cualquier otra diligencia necesaria cuando el conflicto así lo justifique.
- 6.2. 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 notificada fehacientemente al damnificado, a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado y a las 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, quien es el responsable de realizarlos y el plazo para presentarlos.
 - Consignar los aportes y/o divergencias de los peritos de parte.
 - 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 Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado y los peritos designados por los interesados que estuvieren presentes.
8. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado 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. Incorporar toda la documentación en el expediente.
4. Cuando el damnificado solicite nueva fecha para un estudio o práctica clínica por causa justificada, se concertará nueva fecha notificando a las partes en forma fehaciente.
5. Cuando el damnificado no se sometiera o no efectuara 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 Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no cumplieran con las directivas de la Comisión Médica, se notificará a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo 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 la Comisión deberá asentar tal circunstancia en el expediente, 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 Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado 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 el damnificado, 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. 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

A las Sesiones Ordinarias de la Comisión Médica, podrán concurrir las partes para estar presentes durante la emisión de los dictámenes y notificarse en ese acto. En este caso los integrantes de la Comisión deberán identificar a todos los concurrentes a la misma mediante exhibición de los documentos de identidad.

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

Los representantes de las partes deberán exhibir el poder legal o autorización correspondiente, cuando se presenten como tales y no lo hubieran incorporado al expediente.

1. Emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral" Form. Anexo F o "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" Form. Anexo G, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los 20 (veinte) días de presentada la "Solicitud" 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 los trámites que fueron trasladados a otra Comisión a consecuencia del pedido expreso del solicitante, los plazos correrán a partir de la recepción del expte. por parte de la Comisión destinataria.

- En el Dictamen deberá constar:

- a) Fecha de emisión del dictamen.
- b) Un resumen de lo actuado.
- c) Diagnóstico, si correspondiere.
- d) Las conclusiones sobre lo solicitado.
- e) Incapacidad, si correspondiere.
- f) Tratamientos médicos, si correspondiere.
- g) Tratamiento de rehabilitación psicofísica y de recalificación profesional, si correspondiere.
- h) Fecha de revisión del dictamen a cargo de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado en las incapacidades laborales permanentes provisorias.
- i) En los supuestos que existieran objeciones por parte de los suscriptores se registrarán detalladamente los fundamentos del dictamen, caso contrario se registrarán sucintamente.
- j) Si su conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
- k) En los casos para homologación, si corresponde efectuar la misma.

2. Notificar a las partes en el momento de emitir el dictamen o en su defecto distribuir con acuse de recibo dentro de los 5 (cinco) días de realizada la sesión, 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 Aseguradora o al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado.

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 bolsines:
 - a) Cuando los dictámenes modifiquen lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
 - b) Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado 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.

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

L. Revisión del dictamen anterior

Cuando se solicita nueva intervención de la Comisión Médica por una misma contingencia tratada con anterioridad en otro expediente.

1. Recibir la "Solicitud" según el punto A) Armado del expediente otorgándole un nuevo número a la nueva presentación.
2. Desarchivar el expediente y adjuntarlo a la nueva "Solicitud".
3. Continuar con lo establecido en el presente manual.

M. Recurso del dictamen

1. El Trabajador, sus Derechohabientes, la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado podrán presentarse ante las Comisiones Médicas para recurrir lo establecido en los dictámenes en las siguientes divergencias:
 - ⇒ en el Porcentaje otorgado en las Incapacidades Laborales Permanentes Definitivas.
 - ⇒ en el contenido y/o en el alcance de las Prestaciones en Especie tanto en las Incapacidades Temporarias como Permanentes.
 - ⇒ en la Índole laboral del Accidente o profesional de la Enfermedad.
2. El recurso se elevará a la Comisión Médica Central, cuando:
 - ⇒ haya sido presentado ante una Comisión Médica de la Capital Federal,
 - ⇒ haya sido presentado ante una Comisión Médica Provincial y el recurrente fuera la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado,
 - ⇒ haya sido presentado ante una Comisión Médica Provincial y el recurrente fuera el Trabajador o sus Derechohabientes y no hubieran optado expresamente por la vía judicial,
 - ⇒ se tratara de una Incapacidad Laboral Permanente Total definitiva, en cuyo caso deberá recurrirse al procedimiento establecido en el Artículo 49, apartado 3 de la Ley 24.241
3. El recurso se elevará al Juzgado Federal que corresponda a la jurisdicción del domicilio del damnificado, cuando el recurso haya sido presentado en una Comisión Médica Provincial, el recurrente fuera el Trabajador o Derechohabiente y éste hubiera optado expresamente por la vía judicial

4. La Comisión en sesión ordinaria evaluará el pedido y dejará registrado en el Libro de Actas y en el expediente la concesión o el rechazo del recurso.
5. Si el recurso lo solicitó la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado o cuando el Damnificado o el Derechohabiente no optaron por la vía judicial, la **concesión** se registrará en el expediente escribiendo el siguiente proveído:



[illegible]

- [illegible]

8. Una vez completado el expediente la elevación al Juzgado correspondiente se realizará mediante un Oficio de Estilo, que comunica la interposición del recurso.

MODELO DE OFICIO DE ESTILO

MEMBRETE

Lugar y Fecha

Al Señor Juez Federal

Dr.

Del Juzgado Federal de..... N°

(Domicilio)

Tengo el honor de dirigirme a V. S. con referencia al expediente N° 00- L - 00.000/97, tramitado por ante la Comisión Médica N° 000 de la Ciudad de, Provincia decon motivo de una denuncia formulada por el Sr.

Atento haberse interpuesto recurso de apelación al dictamen formulado por esta Comisión de fecha de de 1997, procedemos al envío del original del mencionado expediente, de acuerdo a lo normado en el Artículo 46 de la Ley N° 24.557, en el Art. 27 de su Decreto Reglamentario N° 717/96 y al procedimiento establecido en la Resolución S.R.T. N° 45/97, a efectos de la substanciación del recurso por ante vuestro juzgado.

Dios guarde a V. S.

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

⇒ Este trámite se efectuará preferentemente en forma personal por parte del administrativo de la Comisión o por vía postal, dependiendo de la distancia entre el Juzgado y la sede de la Comisión Médica

9. Si la Comisión procediera al **rechazo** del recurso de apelación por haber sido presentado en forma extemporánea (Decreto 717/96 Artículo 26), es decir, por haberse interpuesto luego de vencido el plazo legal, se dejará constancia en el expediente con el siguiente proveído:

"Atento el recurso interpuesto a fs..... y resultando el mismo extemporáneo (conforme art. 26, Decreto 717/96 Ley 24.557) por haber vencido el plazo legal de la presentación el día
/ / , se rechaza el mismo. Notifíquese al recurrente".

10. En el caso precedente se elaborará la siguiente notificación, que se le remitirá al apelante. El plazo para remitir la notificación de rechazo es de diez (10) días.

"Se le hace saber que atento a haber vencido 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".

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

N. Apelación del dictamen ante la Comisión Médica Central

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

El recurso se presentará, ante la Comisión Médica actuante en un plazo que no exceda los diez (10) días a partir de la notificación del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".

La presentación debe constar de:

- Datos del apelante.
- Apellido y nombres del damnificado (excluyente).
- C.U.I.L. y Documento de Identidad del damnificado.
- N° de expediente del trámite.
- Comisión Médica actuante.
- Fecha del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".
- Consignar expresamente la parte de la resolución que se apela (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 (Bolsines) a la Comisión Médica Central, dentro de las 72 horas desde la finalización del plazo de apelación.
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 el C.U.I.L. del trabajador.

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 coordinador.

En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio o en el lugar de internación del Damnificado, 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 el plazo de cinco (5) días para presentar la expresión de agravios, incorporando al mismo dichas constancias.
3. Recibir la expresión de agravios en la que el recurrente podrá ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.
4. Luego de cumplido el punto anterior se dará traslado de los agravios a las partes por el plazo de cinco (5) días.
5. Proceder en la sesión ordinaria a la lectura de la expresión de agravios y una vez oído el informe de los médicos asignados, el Coordinador abrirá el debate al término del cual:
 - a) La Comisión Médica Central resolverá conforme al 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 Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
5. Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.
6. Incorporar al 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 de I.L.P.T. definitiva 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. Si el trámite hubiera 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. Si el caso hubiera sido presentado por la parte ausente, se suspenderá el trámite, asentándose dicha medida en el expediente mediante Acta.
 - c. Se procederá a la notificación de todas las partes interesadas de tal circunstancia, bajo apercibimiento de decretarse la finalización del trámite si no se instara el proceso en un plazo de treinta (30) días.
 - d. Vencido el plazo se dictará resolución ordenando la finalización del trámite.
 - e. Luego se remitirá 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 Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado, 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

A la audiencia y/o examen médico deben concurrir el médico del Área Médica de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado o el médico del Empleador no asegurado y el damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

Todos los concurrentes a la misma deberán ser identificados por la Comisión Médica Central, mediante exhibición de los documentos de identidad.

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

Los representantes de las partes deberán exhibir el poder legal o autorización correspondiente, cuando se presenten como tales y no lo hubieran incorporado al expediente.

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, 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".

Los estudios estarán a cargo de las Aseguradora o del Empleador Autoasegurado en el supuesto que no hubieran sido efectuadas por la misma y así correspondiera. En caso contrario se seguirá lo dispuesto en el art. 51 de la Ley 24241.

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 notificada fehacientemente al damnificado, a la Aseguradora, al empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado, 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 Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado y los peritos designados por los interesados que estuvieren presentes.
- 4. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado.
- 5. Incorporar al expediente el original del Acta.

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. Incorporar 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 éstas.
- 6. En el caso que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado 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 bolsines 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 acto, si se reúnen los elementos necesarios para dictar resolución.
- 2. Concluido el proceso probatorio, las partes que lo creyeran conveniente, podrán alegar en un plazo *común* de cinco (5) días, para lo cual se las notificará fehacientemente. A tal fin, en ese mismo plazo las actuaciones estarán a disposición para su consulta.
- 3. Se incorporarán las copias de acuse de recibo en el expediente.
- 4. Presentados los alegatos o vencido el plazo para ello se emitirá el dictamen (Punto V).

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

V. Dictamen

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

En el "Dictamen" deberá constar:

- La confirmación o revocación del dictamen emitido por la Comisión Médica donde se originó el expediente, explicando sus fundamentos.

- Si su conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
2. Distribuir dentro de los cinco (5) días, 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 Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
 - 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 C.U.I.L. del damnificado.
 - Sextuplicado y demás: si les corresponde intervenir a las Entidades Previsionales.
 3. Remitir a la Comisión Médica de origen, el expediente pasados los diez (10) días 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 través de los bolsines, a la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo los dictámenes que modifiquen lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado en aquellos expedientes iniciados por el damnificado o cuando éstos soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada.

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 Apelaciones en lo Federal de la 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 C.U.I.L. del damnificado.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
SOLICITUD DE INTERVENCION		
COMISION MEDICA Nº	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
EXPEDIENTE Nº:		
<p align="center"><u>MOTIVO DE LA PRESENTACION</u></p> <p>Extender el plazo de una ILP/Provisoria <input type="checkbox"/> Homologación de ILPP Definitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Carácter definitivo de las ILP <input type="checkbox"/> Art. 20, apartado 2, Ley 24.557 <input type="checkbox"/></p>		
<p align="center"><u>DATOS DE ASEGURADORA</u></p> <p>NOMBRE: CODIGO Nº:</p>		
SINIESTRO Nº:		
DOMICILIO LEGAL:		
<p align="center"><u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u></p> <p>Apellido y Nombre: C.U.I.L. Nº:</p> <p>Domicilio: Localidad:</p> <p>Provincia: C.P. T.E.:</p> <p>Sexo Doc. De Identidad Tipo y Nº Fecha de nacimiento:</p> <p>Miembro hábil: Derecho / Izquierdo Lee y escribe: SI / NO</p> <p>Fecha de ingreso al establecimiento: / /</p> <p>Tarea habitual/es del trabajador: Antigüedad en la tarea:</p> <p>Tarea al momento del siniestro Código Nº:</p> <p>Turno habitual: diurno / rotativo / nocturno Horario que cumple habitualmente:</p>		
<p align="center"><u>DATOS DEL EMPLEADOR</u></p> <p>Razón Social: C.U.I.T. Nº:</p> <p>Domicilio:</p> <p>Localidad: C.P. T.E.:</p> <p>Provincia:</p> <p>Actividad principal del Establecimiento: Código Nº:</p>		

DATOS DEL 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

Comisaria:

DATOS DEL PRESTADOR

Domicilio:

T.E.:

Domicilio:

Localidad:

C.P:

Pcia.:

Firma y sello del Solicitante

INSTRUCTIVO ANEXO A

Solicitud de Intervención

El formulario debe ser completado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado que formalice ante la Comisión Médica la solicitud de intervención.

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige la Aseguradora
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según la Ley de Riesgos del Trabajo y su reglamentación.
5. Datos de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado:
 - NOMBRE - CÓDIGO Nº : Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o Empleador Autoasegurado según habilitación concedida por la SRT.
 - Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.
 - Domicilio Legal : Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. 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.
6. Datos del damnificado:
 - Apellido y nombre: consignar el que corresponda en forma completa, omitiendo iniciales.
 - Número de C.U.I.L. del damnificado.
 - Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del 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 .
 - Consignar tipo y Nº 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.
 - Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.
 - Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y / o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.
 - Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
 - Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.

- Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro y su código internacional.
- 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

7. Datos del Empleador:

- Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
- C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.
- Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
- Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I.

8. Datos del Siniestro:

- Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
- Fecha del siniestro: 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 las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
- Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
- 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.
- Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.

9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.

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

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE		
COMISION MEDICA Nº	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
EXPEDIENTE Nº:		
<u>MOTIVO DE LA PRESENTACION</u>		
Silencio de la Aseguradora	<input type="checkbox"/>	Divergencia en la ILT o ILP <input type="checkbox"/>
Rechazo de la denuncia	<input type="checkbox"/>	Divergencia en las prestaciones <input type="checkbox"/>
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L. Nº:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P.	T.E.:
Sexo	Doc. De Identidad Tipo y Nº	Fecha de nacimiento: / /
Lee y escribe: SI / NO	Miembro hábil: Der. / Izq.	Fecha de ingreso al establecimiento: / /
Tarea/s habitual/es del trabajador:		Antigüedad en la tarea:
Tarea al momento del siniestro		Código Nº:
Turno habitual: diurno / rotativo / nocturno Horario que cumple habitualmente:		
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>		
NOMBRE:		CODIGO Nº:
DOMICILIO LEGAL:		
SINIESTRO Nº:		
<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:		C.U.I.T. Nº:
Domicilio:		
Localidad:	C.P.	T.E.:
Provincia:		
Actividad principal del Establecimiento:		Código Nº:

DATOS DEL SINIESTRO

ACCIDENTE DE TRABAJO ☐

ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐

Fecha (*):

Hora inicio jornada:

Hora del accidente:

Lugar del accidente:

Establecimiento:

CUIT:

Sección:

Domicilio:

Localidad:

C.P.

T.E.:

Provincia:

Breve relato de las circunstancias:

Diagnóstico: (según certificado de atención)

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

IN ITINERE ☐

Denuncia policial SI / NO N°

Comisaria:

Testigos: 1º) Nombre y apellido:

Doc. Ident. N°:

2º) Nombre y apellido:

Doc. Ident. N°:

DATOS DEL PRESTADOR

Domicilio:

T.E.:

Domicilio:

Localidad:

C.P:

Pcia.:

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE:

En calidad de:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:

INSTRUCTIVO ANEXO B

Solicitud del Trabajador o Derechohabiente

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

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige el trabajador.
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según la Ley de Riesgos del Trabajo y su reglamentación.
5. Datos del damnificado: Consignar:
 - Apellido y nombre: consignar el que corresponda, omitiendo iniciales.
 - Número de C.U.I.L. del damnificado.
 - Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del 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 .
 - Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
 - Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.
 - Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.
 - 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.
 - Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
 - Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.
 - Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro y el código internacional.
 - 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
6. Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:
 - NOMBRE - CÓDIGO N° : Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado según habilitación concedida por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

- Domicilio Legal : Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. 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.
- Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

7. Datos del Empleador:

- Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
- C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.
- Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
- Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I.

8. Datos del Siniestro:

- Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
- Fecha del siniestro: 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 las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
- Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
- 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.
- Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.
- Testigos: Consignar los datos de dos testigos del siniestro (si los hubiera).

9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.

10. Firma y aclaración del solicitante: Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y, si es en calidad de derechohabiente, aclararlo.

11. Firma y sello del profesional de la salud: Consignar nombre y apellido del profesional de la salud interviniente y poner su correspondiente sello con número de matrícula.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO		
COMISION MEDICA Nº	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	
EXPEDIENTE Nº:		
PARTE A NOTIFICAR:		
<p align="center"><u>MOTIVO INTERVENCIÓN DE LA COMISIÓN MÉDICA</u></p> <p> 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"/> Silencio de la Aseguradora <input type="checkbox"/> Divergencia en la ILT o ILP <input type="checkbox"/> Rechazo de la denuncia <input type="checkbox"/> Divergencia en las prestaciones <input type="checkbox"/> </p>		
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L. Nº:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P.	T.E.:
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>		
NOMBRE:		CODIGO Nº:
DOMICILIO LEGAL:		Localidad:
Provincia:	C.P.	T.E.:
Siniestro Nº:		
<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:		C.U.I.T. Nº:
Domicilio:		
Localidad:		
Provincia:	C.P.	T.E.:
Actividad principal del Establecimiento:		
<p>Notificamos a Ud. que:</p> <p>Deberá presentarse/la Comisión Médica se presentará, el día / / , a las horas en</p> <p>.....</p> <p>para Audiencia y/o al Exámen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la solicitud de intervención de ésta Comisión Médica. Asimismo, se le INTIMA 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)</p> <p>.....</p>		
Firma	Aclaración	Sello

INSTRUCTIVO ANEXO C

Notificación para Audiencia y/o examen médico

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

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
ACTA DE AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL	
COMISION MEDICA N°	Fecha
LOCALIDAD	
EXPEDIENTE N°:	
DAMNIFICADO:	C.U.I.L. N°:
<u>ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:</u>	
CODIGO N°:	SINIESTRO N°:
EMPLEADOR NO ASEGURADO:	
<u>AUDIENCIA</u>	
Concurrentes a la Audiencia:	
Motivo de la presentación:	
Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado:	
Preexistencias	
Fecha del siniestro:	Descripción del siniestro:
Trámites efectuados:	
<u>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADOS</u>	
Incapacidad otorgada por la ART/Autoasegurada/Empresa no asegurada:	

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

INSTRUCTIVO ANEXO D

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

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

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

Contenido:

1. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
6. CUIL: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
7. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Consignar los datos correspondientes.
8. CÓDIGO N ° : Consignar el número de código correspondiente a la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
9. EMPLEADOR: indicar el nombre del mismo.
10. SINIESTRO: Colocar el N° de siniestro dado por la ASEGURADORA o por el EMPLEADOR AUTOASEGURADO.
11. Audiencia: Consignar los datos que se solicitan según los aportes que efectúen las partes y descargos que realicen sobre el tema en cuestión.
12. Estudios complementarios y/o documentación presentados: Consignar los estudios complementarios, prácticas y/o interconsultas presentados y los datos relevantes de los mismos.
13. Incapacidad otorgada por ...: transcribir lo fijado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
14. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
15. Causa o dificultad para desarrollar la tarea: especificar los motivos.
16. Diagnóstico : Detallar el diagnóstico.
17. Indicaciones: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica en los trámites por divergencias: Estudios, interconsultas y/o practicas especiales.
18. Emplazamiento a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado O al Empleador no asegurado: Detallar los estudios y/o prácticas que solicite la Comisión Médica que deban estar a cargo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado. Registrar la documentación faltante que debe presentar la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado. Consignar el plazo otorgado para la entrega de los mismos.
19. Próxima Audiencia o fecha de dictamen : Consignar lugar, fecha y hora a realizarse.

20. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado tendrán derecho a manifestar su conformidad o disconformidad con lo actuado.

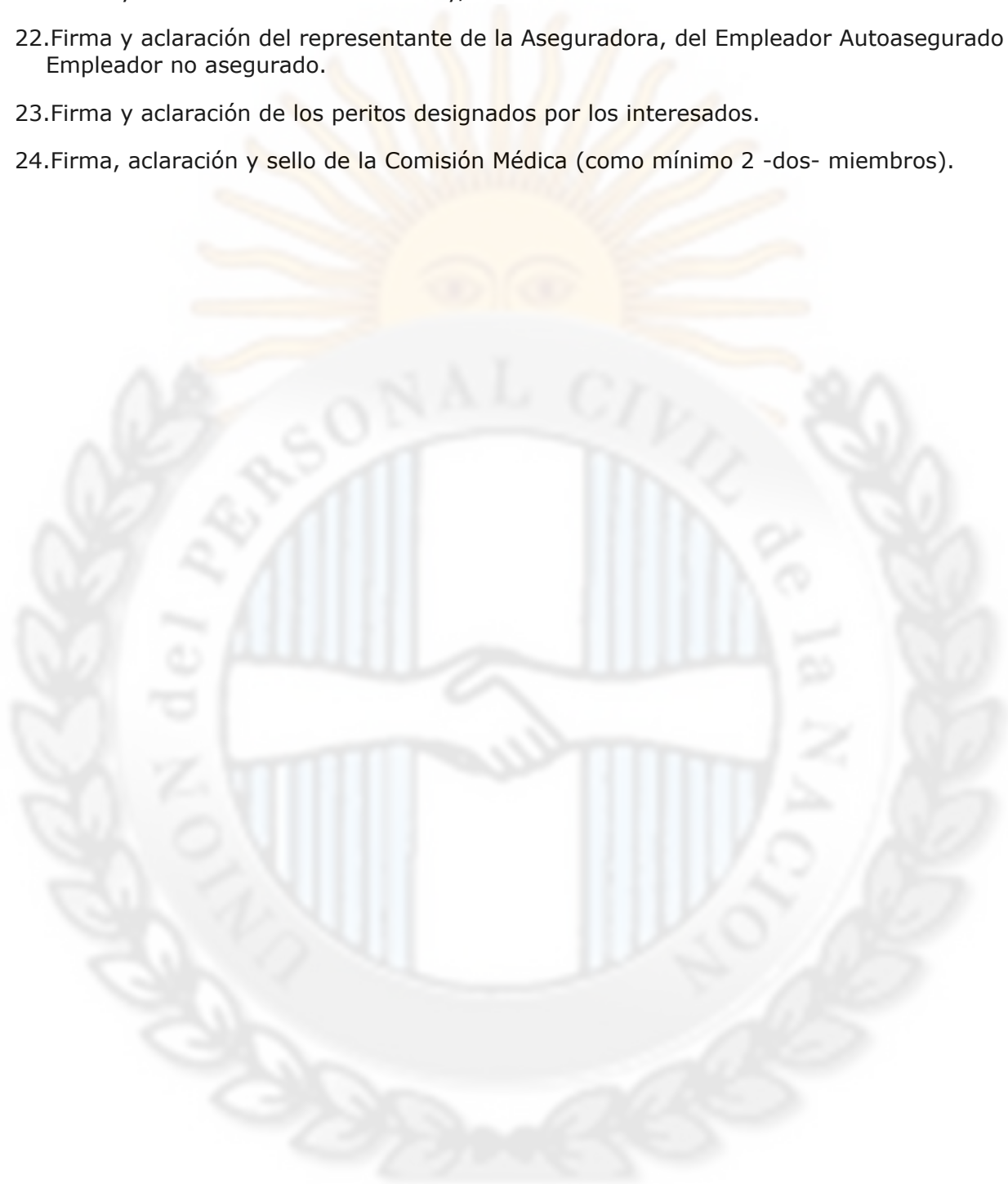
FIRMAS

21. Firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.

22. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.

23. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.

24. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica (como mínimo 2 -dos- miembros).



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
ORDEN DE ESTUDIO Y/O PRACTICA PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL		
COMISION MEDICA Nº	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha <input style="width: 80%;" type="text"/>
LOCALIDAD	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
EXPEDIENTE Nº:		
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
CODIGO Nº:	SINIESTRO Nº:	
EMPLEADOR:		
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>		
Apellido y Nombre:		
Domicilio:	Localidad:	C.P.
Provincia:		
<u>ESTUDIOS Y/O PRACTICAS SOLICITADAS</u>		
<u>INSTITUCION Y LUGAR DONDE SE EFECTUARAN LOS ESTUDIOS Y/O PRACTICAS</u>		
Nombre:		
Domicilio:	Localidad:	C.P.
Provincia:		
LUGAR DE REALIZACIÓN		
Fecha de realización: / / .		Hora:
<div style="border-top: 1px dotted black; margin-top: 10px;"></div>		
FIRMA DE LA COMISION MEDICA		

INSTRUCTIVO ANEXO E

Orden de Estudio y/o práctica para

Trámite de Incapacidad Laboral

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

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

Contenido:

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

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA POR INCAPACIDAD LABORAL			
COMISION MEDICA Nº	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
		HORA	<input type="text"/> :
LOCALIDAD	<input type="text"/>		
EXPEDIENTE Nº:			
Fecha de solicitud de intervención: / /			
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad Nº:		C.U.I.L. Nº:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	Miembro Superior hábil
Tarea:	Código Nº:	Antig. en empresa	en la tarea:
ASEGURADORA/EMPLEADOR .AUTOASEGURADO:			
Código Nº:		SINIESTRO Nº:	
EMPLEADOR		C.U.I.T. Nº:	
Domicilio:		Tel.	
Actividad:		Código Nº.	
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)			
Solicitante y motivo de la Intervención:			
Fecha del siniestro:		Hora:	
Establecimiento y domicilio del siniestro:			
Sector:		Puesto o Tarea	
Descripción del siniestro:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Tratamiento efectuado:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Duración:		Alta:	
<input type="text"/>			
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA			

Preexistencias:
Examen Físico:...../...../....., HS.
Causa o descripción de las dificultades para desarrollar las tareas habituales
Estudios y/o Documentación presentada
Estudios y/o Documentación solicitados por la Comisión
Incapacidad otorgada por Aseguradora/Empleador Autoasegurado/Empleador no asegurado
<u>DIAGNOSTICO</u>
CODIGO OMS:
.....
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

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

INSTRUCTIVO ANEXO F

Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la incapacidad laboral, tanto física como psíquica del damnificado o 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. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
4. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud de Intervención" o "Denuncia del Trabajador o Derechohabiente".

DAMNIFICADO

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

21.Fecha de revisión de incapacidad: Consignar día, mes y año.

22.Plazo legal para dictaminar el carácter definitivo de la incapacidad: Consignar día, mes y año.

INCAPACIDAD

23.Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.

24.Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).

25.Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las posibles opciones y el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.

26.Tipo: Mencionar **temporaria** o **permanente**

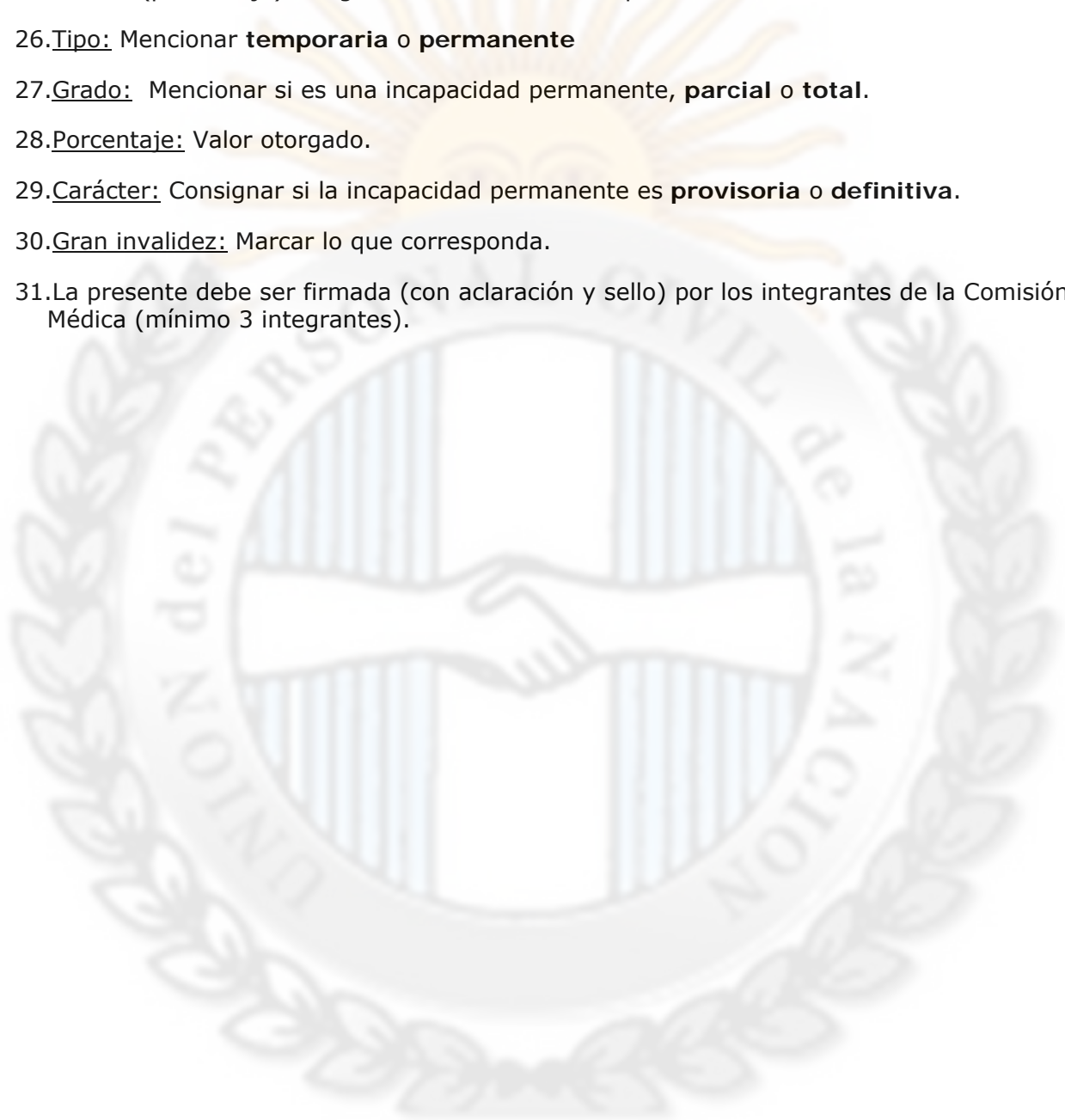
27.Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, **parcial** o **total**.

28.Porcentaje: Valor otorgado.

29.Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es **provisoria** o **definitiva**.

30.Gran invalidez: Marcar lo que corresponda.

31.La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integrantes).



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES			
COMISION MEDICA N°	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
HORA	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>		
EXPEDIENTE N°:			
Fecha de solicitud de intervención:		/	/
Fecha del acuerdo		/	/
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad N°:		C.U.I.L. N°:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	Miembro Superior hábil
Tarea:	Código N°:	Antigüedad en la empresa	en la tarea:
ASEGURADORA/EMPLEADOR .AUTOASEGURADO:			
Código N°:		SINIESTRO N°:	
EMPLEADOR		C.U.I.T. N°:	
Domicilio:		Tel.	
Actividad:		Código N°.	
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)			
Solicitante y motivo de la Intervención:			
Fecha del siniestro:		Hora:	
Establecimiento y domicilio del siniestro:			
Sector:		Puesto o Tarea	
Descripción del siniestro:			
Tratamiento efectuado:			
Duración:		Alta:	
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA			

Preexistencias:
Examen Físico: ./ / ., . hs.
Causa o dificultad para desarrollar la tarea
Estudios y/o Documentación presentada
Incapacidad otorgada por Aseguradoror/Empleador Autoasegurado (registrar los motivos, plazos y si
Se cumplimentó)
<u>DIAGNOSTICO</u>
CODIGO OMS:
.....
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

<u>CONCLUSIONES</u>		
En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas Nº , folio Nº ,		
CORRESPONDE HOMOLOGAR: SI / NO		
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>		
<u>CONTINGENCIAS</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD INCULPABLE <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>
<u>INCAPACIDAD</u>		
LESIONES		PORCENTAJE
Miembro Superior Hábil:		
Subtotal		
FACTORES DE PONDERACION		
<u>Tipo de Actividad:</u> Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%) % del %		
<u>Reubicación laboral:</u> No amerita recalificación (0%) Amerita (10%) % del %		
<u>Edad:</u> Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)		
TIPO: PERMANENTE	GRADO: PARCIAL	PORCENTAJE FINAL:
CARÁCTER: DEFINITIVO		
SE MODIFICA LO ESTABLECIDO POR ASEGURADORA / EMPLEADOR		
AUTOASEGURADO: SI / NO		
.....		
COMISION MEDICA		
Firmas y Aclaraciones		

INSTRUCTIVO 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. Comisión Nro.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
4. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud de ..." o "Denuncia de ...".
5. Fecha del acuerdo: consignar la registrada en el formulario, presentado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.

DAMNIFICADO

6. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
7. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
8. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
9. Sexo y miembro superior hábil: Indicar lo que corresponda.
10. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y el código internacional.
11. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
12. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
13. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o El Empleador Autoasegurado.
14. Empleador: Consignar nombre del mismo.
15. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
16. Domicilio, teléfono, actividad y su código: consignar los datos del empleador.
17. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
18. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales y en el Listado de Enfermedades Profesionales. Mencionar el código OMS.
19. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16) y si el dictamen homologa o no el acuerdo de las partes, mencionando donde quedó registrada la sesión de la Comisión en que se emitió el dictamen.

20.Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.

21.Contingencias: Señalizar una de las posibles.

INCAPACIDAD

22.Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.

23.Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).

24.Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las distintas opciones y el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.

25.Porcentaje: Valor otorgado.

26.Se modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado: tachar lo que corresponda.

27.La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integrantes).



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA CENTRAL POR INCAPACIDAD LABORAL			
EXPEDIENTE N°:			
Fecha	<input type="text" value="/"/>	HORA	<input type="text" value=":"/>
Fecha de solicitud de intervención: / /			
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad N°:		C.U.I.L. N°:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	Miembro Superior hábil
Tarea:	Código N°:	Antigüedad en la empresa	en la tarea:
ASEGURADORA/EMPLEADOR .AUTOASEGURADO:			
Código N°:		SINIESTRO N°:	
EMPLEADOR		C.U.I.T. N°:	
Domicilio:		Tel.	
Actividad:		Código N°.	
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)			
Solicitante y motivo de la Apelación:			
Dictamen de la Comisión Médica:			
Alegato del recurrente:			
Alegato de la contraparte:			
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA			

Preexistencias:
Examen Físico: ./ / ., hs.
Estudios y/o Documentación presentada
Estudios y/o Documentación solicitados por la Comisión
<u>DIAGNOSTICO</u>
CODIGO OMS:
.....
FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

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

INSTRUCTIVO ANEXO H

Dictamen de Comisión Médica Central por Trámite de Incapacidad Laboral

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

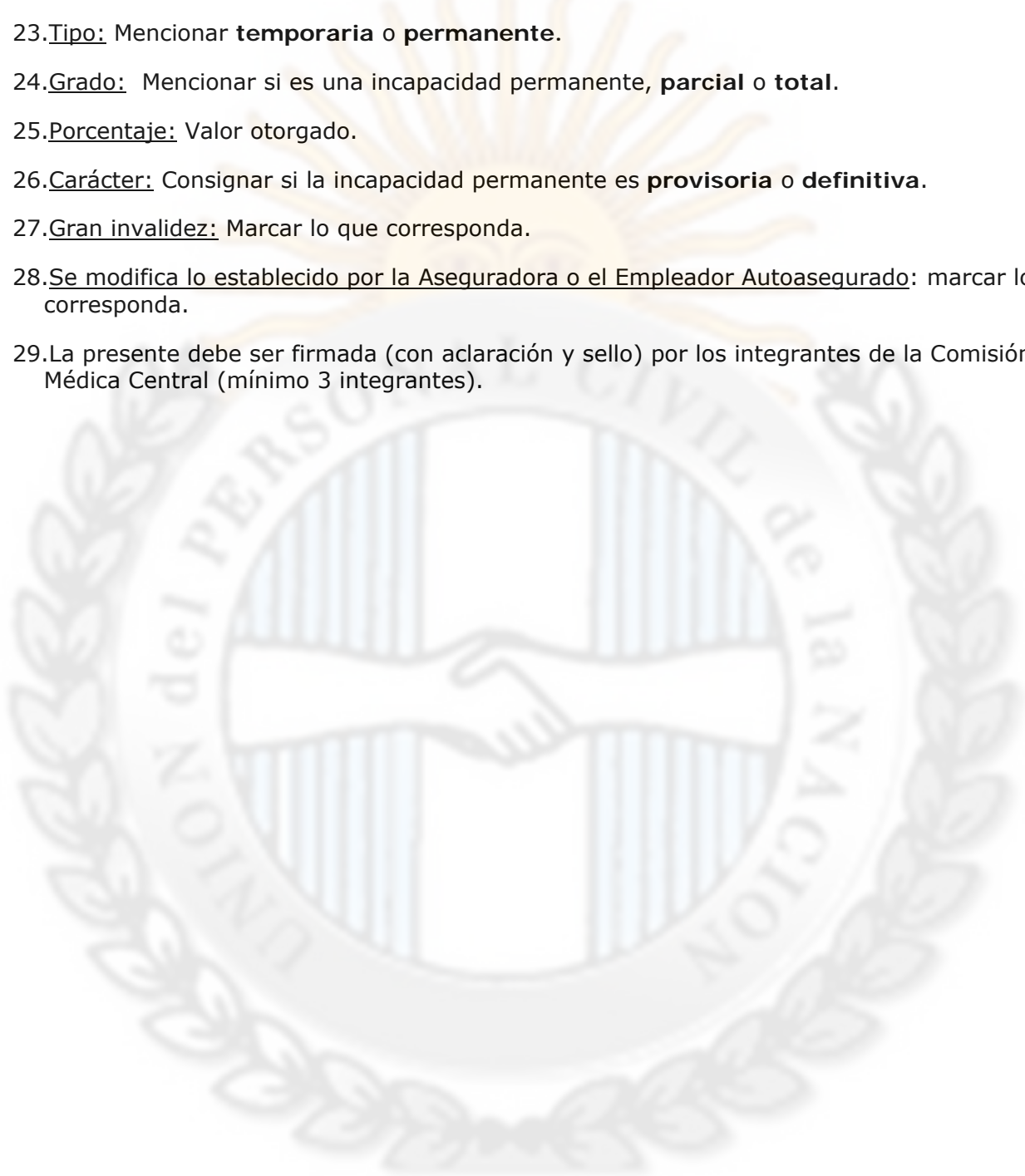
1. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. Fecha de solicitud del recurso: consignar la fecha indicada en el mismo.

DAMNIFICADO

4. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
5. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
6. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
7. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
8. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y su código internacional.
9. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
10. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
11. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
12. Empleador: Consignar nombre del mismo.
13. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
14. Domicilio, teléfono, actividad y su Código: consignar los datos del empleador.
15. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
16. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales y en el Listado de Enfermedades Profesionales. Mencionar el código OMS.
17. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16), mencionar si el dictamen confirma o revoca el dictamen de la Comisión Médica recurrido y en que sesión se registró la resolución.
18. Contingencias: Señalizar una de las posibles.
19. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.

INCAPACIDAD

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



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ACUERDO PARA DETERMINAR LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PARCIAL DEFINITIVA

Datos a completar por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

Lugar: Fecha: / / Hora: / Siniestro N°
Fecha del siniestro: / / Fecha de alta: / /

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:..... Código N°:

EMPLEADOR: CUIT:
Domicilio: Localidad:
Provincia: CP: Tel:

TRABAJADOR:
Doc. de Identidad (tipo y N°): CUIL:
Domicilio: Localidad:
Provincia: CP: Tel:
Tarea habitual: Código: Tarea actual:
Miembro superior hábil: Edad:
Preexistencias: (Preocupacional / Dictámenes / Sentencias).....

Capacidad restante:

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

Diagnóstico/s del siniestro:

Secuelas Incapacitantes:

..... Código OMS(CIE10):

Dificultades para las Tareas Habituales (explicarlas):

Prestaciones en especie a brindar:

Lesiones y porcentaje de las Incapacidades Laborales según Tabla:

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

Porcentaje subtotal %

FACTORES DE PONDERACIÓN:

<u>Tipo de actividad:</u>	% del %
<u>Reubicación laboral:</u>	% del %
<u>Edad:</u>	% %

INCAPACIDAD TOTAL:

Tipo: PERMANENTE Grado: PARCIAL Porcentaje: %
Carácter: DEFINITIVA

Se conviene en iniciar "Trámite de Homologación"

..... Representante Área Médica Damnificado Asesor Médico del Damnificado
Aseguradora, Empleador Autoasegurado		

INSTRUCTIVO ANEXO I

FORMULARIO DE ACUERDO

OBJETIVO: Registrar el acuerdo entre las partes para iniciar el Trámite para la Homologación de las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas ante la Comisión Médica.

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

Contenido:

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

24. Prestaciones en especie a brindar: Mencionar las que recibirá al damnificado luego de establecida la incapacidad definitiva (si correspondiere).
25. Porcentaje según Tabla: Colocar el valor de la incapacidad hallado en la Tabla para la evaluación de Incapacidades Laborales de acuerdo a la patología que presenta el damnificado.
26. Factores de Ponderación: a) Tipo de actividad: evaluar el grado de dificultad (ninguna, leve, intermedia, alta) indicando el porcentaje otorgado y el referido a la lesión.
- b) Reubicación laboral: consignar si amerita o no recalificación y el porcentaje otorgado y el referido a la lesión.
- c) Edad: indicar la edad del damnificado al momento de efectuarse la aplicación del factor y el porcentaje otorgado.
27. Incapacidad Total: Consignar tipo, grado, porcentaje total otorgado y carácter de la misma.
28. Representante Área Médica Aseguradora, Empleador Autoasegurado: firma y aclaración del responsable del Área Médica de la Aseguradora/ Autoasegurada o Prestador autorizado.
29. Damnificado: Firma y aclaración del damnificado que conviene en iniciar la homologación.
30. Asesor Médico del Damnificado: firma , aclaración y número de matrícula del médico asesor del damnificado (si se hubiera designado algún profesional).



SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
COMISION MEDICA Nº <input type="text"/>		
LOCALIDAD <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	
CARATULA DE EXPEDIENTE Nº / .		
TIPO DE TRATAMIENTNO SOLICITADO:		
APELLIDO Y NOMBRE DEL DAMNIFICADO:		
C.U.I.L. Nº:		
ASEG./AUTOA.:	CODIGO NRO:	FOLIOS UTILES
SINIESTRO Nº		
EMPRESA	C.U.I.T.	
SOLICITANTE		
C.U.I.T., C.U.I.L. O TIPO Y Nº DE DOCUMENTO		
DOMICILIO		
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	
PROVINCIA		
RESUMEN		
MEDICOS ASIGNADOS:		

INSTRUCTIVO ANEXO J

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. Tipo de Trámite Solicitado: Nombre del Trámite Solicitado.
5. Apellido y Nombre del Damnificado: Datos del damnificado.
6. C.U.I.L.: Del Damnificado.
7. ASEG./AUTOA.: Nombre de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
8. Código Nro.: Indicar el número de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
9. Folios útiles: Colocar el Nº de fojas presentada por el solicitante.
10. Siniestro Nº: Número de siniestro asignado en la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
11. Empresa: indicar la razón social del empleador.
12. C.U.I.T.: del empleador.
13. Solicitante: identificación del solicitante.
14. C.U.I.T., C.U.I.L. o Tipo y Nº de Documento: del solicitante, si correspondiere.
15. Domicilio: Domicilio del Solicitante.
16. Localidad: Indicar la localidad que corresponda al domicilio del Solicitante.
17. Código postal: Indicar el código de la localidad que corresponda.
18. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.
19. Resumen: consignar los datos sobresalientes.

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

CAPITULO 2

TRÁMITE PARA LA HOMOLOGACIÓN DE LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS

Consideraciones Generales:

El presente anexo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual de Procedimientos; estos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

Consideraciones Particulares:

- a) La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado propondrá al damnificado la firma del acuerdo entre las partes (Anexo I), al otorgarle el alta médica a través de su prestador habilitado o al notificarle la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado de las condiciones de la misma, en base al formulario 4 "Alta Médica" de la Resolución S.R.T. N° 204/96.
- b) Para la determinación de la incapacidad laboral permanente parcial definitiva por parte de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, se tendrán en cuenta el examen preocupacional del damnificado, su historia laboral, sus antecedentes siniestros y su estado actual.
- c) En caso de aceptar el damnificado la incapacidad propuesta por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, el acuerdo deberá concretarse antes de los treinta (30) días **corridos** a partir de la fecha del alta médica del damnificado, la que se demostrará con el formulario N° 4 "Alta Médica" de la Resolución S.R.T. N° 204/96.
- d) La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado será la encargada de iniciar el trámite.
- e) La solicitud deberá presentarse dentro de los quince (15) días **corridos** de realizado el acuerdo.

B. Evaluación del expediente

Inciso 5. : reemplazar por

- 5. El Coordinador de la Comisión Médica procederá a realizar una evaluación del acuerdo a que arribaron las partes respecto a su compatibilidad con lo establecido en la "Tabla de evaluación de incapacidades laborales", el "Listado de enfermedades profesionales" y el "Manual de procedimientos para el diagnóstico de las enfermedades profesionales".

A su vez controlará que los plazos establecidos para la firma del acuerdo y para la presentación se hayan cumplido y que la documentación aportada cumpla con las normativas vigentes, dejando constancia de ello en el expediente y en el dictamen.

Cuando de la documentación obrante en el expediente surja que el damnificado presenta incapacidades por preexistencias que sumadas a la lesión a homologar, se alcanza o se supera el sesenta y seis (66) por ciento, se deberá suspender el trámite de homologación e instruir a las partes para que inicien una presentación para establecer el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente Total. Se dejará constancia en el expediente de lo expuesto y de las notificaciones pertinentes.

D. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

Reemplazar el inciso 2 por el siguiente texto:

- 2. Si una de las partes no se presentara a la nueva citación, finalizará el trámite de homologación.

En este caso el damnificado podrá iniciar un nuevo expediente siguiendo el procedimiento estipulado en el trámite de Solicitud del Trabajador por divergencia.

F. Audiencia y/o examen médico

Reemplazar el sexto párrafo por el siguiente texto:

Para los casos en que se solicite la homologación de un acuerdo al que arribaron las partes, la Comisión Médica procederá a verificar que la afección que presenta el trabajador, la incapacidad que posee (Tipo, Grado, Porcentaje y Carácter) y las prestaciones en especie que se deban seguir brindando (si correspondiere), concuerdan con lo establecido en el "Acuerdo para determinar la I.L.P.P definitiva" (Anexo I) que acompaña la Solicitud de Intervención y con las herramientas de la Ley de Riesgos del Trabajo (LRT).

Los procedimientos y herramientas que aplique la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado para arribar al diagnóstico y a la incapacidad que presente el trabajador, como los que utilice la Comisión Médica para evaluar si son compatibles, serán los reglados por la Ley de Riesgos del Trabajo, a saber:

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

Inciso 6. : reemplazar por

6. Realizada la evaluación y el examen físico, se pueden presentar los siguiente casos:

6.1. Si la Comisión Médica detecta falencias en los acuerdos presentados (errores de procedimientos, falta de estudios complementarios que avalen las incapacidades, etc.), deberá emplazar a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado en el Acta de Audiencia y/o examen médico para que presente en el momento de la audiencia o un plazo máximo de cinco (5) días un nuevo acuerdo que cumpla con los procedimientos establecidos en la LRT o los estudios complementarios necesarios para diagnosticar la lesión causante de la incapacidad en cuestión, bajo apercibimiento de emitir dictamen con la documentación obrante en el expediente.

Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado presentara la documentación o el nuevo acuerdo según lo solicitado, se recibirá e incorporará al expediente. La Comisión evaluará si la documentación o el nuevo acuerdo cumplen con lo requerido, procediendo a dejar constancia de ello, para luego continuar con el punto K. Dictamen.

6.2. Si del estudio del acuerdo no se observaran diferencias con lo establecido por la Comisión Médica, se procederá a emitir el dictamen, efectuando la homologación según el punto K. Dictamen.

K. Dictamen

Inciso 1. : incorporar el siguiente texto a partir del primer párrafo

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

- a) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" (Anexo G) confirmando la homologación de los acuerdos que originalmente son compatibles con las herramientas de la LRT o de aquellos que se

presentaron luego del emplazamiento y que a criterio de la Comisión cumplan con la legislación.

- b) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" (Anexo G) negando la homologación cuando del examen físico y de los estudios complementarios no se pueda acreditar el diagnóstico o cuando la incapacidad mencionada en el acuerdo no concuerde con las herramientas de la LRT.

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

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

M. Recurso del dictamen

Incorporar como inciso 1. :

1. Los dictámenes efectuados por las Comisiones Médicas que Homologan las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas no serán recurribles.



CAPITULO 3

TRAMITE PARA DIVERGENCIAS E INCAPACIDADES LABORALES ANTE LA SOLICITUD DE UN TRABAJADOR QUE PERTENECE A UN EMPLEADOR NO ASEGURADO O ANTE LA SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DE UN EMPLEADOR NO ASEGURADO

Consideraciones Generales

La Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 en su Art. 28 inciso 1. establece que el empleador que omitiese afiliarse a una aseguradora responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en la Ley.

El presente anexo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual ; estos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

Consideraciones Particulares

A. Armado del expediente

Inciso 1. : incorporar al mismo

El Damnificado o el Derechohabiente presentará el formulario de la Solicitud, con todos los requisitos establecidos en el Manual, debiendo a su vez:

- Identificar correctamente al empleador involucrado.
 - Acreditar fehacientemente la relación laboral por medio de recibo de sueldo, contrato laboral o documento emitido por un Organismo Laboral que certifique la misma, incorporando los originales a la denuncia.
- ⇒ *En los recibos de haberes deben figurar según la legislación vigente, los datos del empleador, su dirección, el C.U.I.T. del mismo, los datos del trabajador, su C.U.I.L., la categoría o tarea desarrollada, el período abonado, fecha de ingreso al establecimiento, el lugar y la fecha de pago.*
- ⇒ *En los contratos laborales deben constar los datos identificatorios de ambas partes, el domicilio del empleador, la categoría, tarea o puesto a ocupar, el tiempo que durará la relación contractual y la fecha de inicio del contrato.*
- ⇒ *La documentación deberá a la fecha de la presentación ante la Comisión, tener no menos de dos (2) años desde el cese de la relación laboral o desde la fecha en que la prestación debió ser brindada.*
- ⇒ *Los trabajadores que fueron contratados por Empresas de Servicios Eventuales para desarrollar tareas en un establecimiento de un tercero, tienen su relación laboral contractual con las empresas de servicios.*

En los casos que no tuviera documentación probatoria o manifestara ser un trabajador no incorporado a la nómina de personal del empleador, no registrado o ilegal, previo a la iniciación del trámite, deberá solicitar:

- * *Un Procedimiento Sumarísimo (Información Sumaria) previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas Jurisdicciones donde la misma deba acreditarse (por ej.: presentación ante el Juez, audiencia con testigos y sentencia) o*
- * *la intervención del Organismo Laboral correspondiente para esclarecer su relación contractual y demostrar la misma con la copia del informe de la inspección en donde se haya comprobado su relación laboral con el Empleador no asegurado.*

La Comisión deberá aclarar al trabajador los trámites a seguir e informar la ubicación del Organismo Laboral Provincial y/o su Delegación más cercana.

En el caso de estar distantes dichos organismos, el trabajador podrá llamar en el horario de 10 a 18 hs., al Tel. 0-800-8-7100 de la Dirección Nacional Policía del Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, donde se registrará su denuncia telefónica y el mismo día la Dirección Nacional dará traslado de la denuncia al Organismo Provincial correspondiente a la región.

En la Ciudad de Buenos Aires se deberán dirigir al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mientras no existan acuerdos al respecto con el Gobierno Autónomo de la Ciudad.

La Comisión Médica podrá corroborar si el empleador tiene declarado al trabajador en el organismo que controla los aportes de las cargas sociales, por vía informática a través de un modem-fax comunicándose con el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, pudiendo ingresar conociendo uno de los siguientes datos: Nombre del trabajador, nombre del empleador, nombre de la Razón Social, C.U.I.L. del trabajador, C.U.I.T. del empleador, etc.

El Empleador no asegurado solamente podrá presentar una Solicitud de Intervención para que la Comisión dictamine la Incapacidad Laboral Permanente Definitiva de un trabajador luego de haberle brindado las prestaciones en especie correspondientes, con el fin de otorgarle las prestaciones dinerarias estipuladas por la Ley.

⇒ *La solicitud deberá estar acompañada de la documentación establecida en el Manual, para demostrar la secuela incapacitante.*

Inciso 9. : incorporar el siguiente punto

d) El trabajador no pueda demostrar fehacientemente la relación laboral con la empresa denunciada.

C. Citación a las partes

Inciso 4. : reemplazar por

4. Remitir con igual plazo, el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo C) y copia de la "Solicitud" (Anexo B), mediante notificación fehaciente, a la empresa denunciada dejando constancia en el expediente.

F. Audiencia y/o examen médico

Reemplazar el primer párrafo por: *A la audiencia y/o examen médico deben concurrir el médico o el representante del Empleador no Asegurado y el damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.*

Incorporar antes del inciso 1.

Realizada la audiencia, se pueden presentar los siguientes casos:

- Si ante la solicitud del damnificado, la empresa reconociera la relación laboral y aceptara o rechazara la contingencia declarada, se procederá a evaluar la documentación y examinar al trabajador con los procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos.
- Si ante la solicitud del damnificado, la empresa desconociera la relación laboral, a pesar de la documentación incorporada al expediente, se deberá dar por finalizado el procedimiento dejando constancia en el expediente de tal situación.

*En este caso la Comisión Médica deberá indicar al trabajador las posibles trámites a seguir, según lo expuesto en el punto **A.** del presente.*

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si el Empleador se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente por formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo D) y emitir un dictamen según el punto K. Dictamen.

Inciso 8. : reemplazar por

8. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado al Empleador no asegurado del Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidades Laborales con lo que se considera debidamente notificados de la citación a la 2º audiencia o de la fecha del dictamen.

Incorporar al final del punto **F. Audiencia y/o examen médico**

9. El Coordinador deberá informar los datos del Empleador no asegurado al Departamento Comisiones Médicas de la Subgerencia Control de Prestaciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de los bolsines o vía fax, cuando se confirme que ésta no tenía contratada una Aseguradora a la fecha del siniestro denunciado, a fin de iniciar las actuaciones tendientes a que dicha empresa cumpla con la legislación vigente.

K. Dictamen

Inciso 2. : reemplazar por

2. Distribuir dentro de los cinco (5) días el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" de la siguiente forma:

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

Duplicado: al Empleador no asegurado.

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.

P. Citación a las partes

Inciso 4. : reemplazar por

4. Remitir el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" mediante notificación fehaciente al Empleador no asegurado.

S. Audiencia y/o examen médico

Reemplazar el 5º párrafo, por

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si el Empleador no asegurado se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente por formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo D) y emitir un dictamen según el punto K. Dictamen.

Inciso 4. : reemplazar por

4. Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado al Empleador no asegurado.

V. Dictamen

Inciso 2. : reemplazar por

2. Distribuir dentro de los cinco (5) días, 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: al Empleador no asegurado.

Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Cuadriplicado: para el damnificado o su apoderado.

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

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



CAPITULO 4

TRÁMITE SUMARÍSIMO PARA DIVERGENCIAS

Consideraciones Generales:

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

Se incluyen en esta definición aquellos casos que puedan afectar el cuadro nosológico del damnificado por falta de atención inmediata, ante la negativa de otorgar las Prestaciones Médicas y/o Farmacéuticas por el rechazo de la Índole Laboral del Accidente o Profesional de la Enfermedad por parte de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.

El presente anexo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual de Procedimientos; estos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

Consideraciones Particulares

A. Armado del expediente

Incorporar antes del primer párrafo:

El Administrativo de la Comisión Médica deberá arbitrar los medios a su alcance para agilizar el ingreso de la Solicitud, facilitando los pasos a seguir por el expediente.

B. Evaluación del expediente

Inciso 1. : reemplazar por

1. El Coordinador de la Comisión Médica procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de los antecedentes recibidos, **en forma inmediata**.

C. Citación a las partes

Inciso 2. : reemplazar por

2. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo C) por triplicado o más (según corresponda). La Audiencia deberá practicarse dentro de los TRES (3) días de recibida la "Solicitud". En la notificación se mencionará que ante la ausencia de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado se continuará con el trámite a pesar de su incomparecencia.

Inciso 3. : reemplazar por

3. Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante notificación fehaciente antes de las 24 hs. de iniciado el trámite, ya sea citando al mismo o comunicando que la Comisión o el profesional se constituirá en su domicilio.

Inciso 4. : reemplazar por

4. Remitir con igual plazo, el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" y copia de la "Solicitud" (Anexo B), mediante notificación fehaciente, a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado dejando constancia en el expediente.

D. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

Inciso 1. : reemplazar por

1. Si la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no concurriese, se procederá a continuar con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

F. Audiencia y/o examen médico

Inciso 6. : reemplazar por

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

6.1. En el supuesto que del examen físico y de los estudios aportados no se pueda confirmar la patología denunciada y fuera necesario en forma **imprescindible**, efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas **para arribar al diagnóstico**, el Coordinador deberá contactarse con los prestadores de la Comisión para agilizar la evaluación del damnificado.

- 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" Anexo E, 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, la que no podrá extenderse más allá de cinco (5) días a partir de la primera audiencia. Esta fecha deberá figurar en el formulario de "Acta para Audiencia y/o Examen Médico".
- h) Proceder a agendar los vencimientos de los plazos.

6.2. Si no fueran necesarios estudios y/o interconsultas con especialistas, se procederá a la emisión del dictamen según el punto K. Dictamen.

J. 2da. Audiencia y/o examen médico

Reemplazar por el siguiente texto:

Se evaluarán los antecedentes junto con los estudios solicitados. En ese momento se deberá resolver el expediente.

Se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" de acuerdo al punto K. Dictamen.

K. Dictamen

Inciso 1. : reemplazar por

1. Emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral", por quintuplicado, en el momento de la Audiencia para Examen Médico, es decir a los tres (3) días (primera audiencia) u ocho (8) días (segunda audiencia) de iniciado el trámite, según corresponda.

• En el Dictamen deberá constar:

- a) Diagnóstico.
- b) Tratamientos médicos y farmacéuticos indicados.

c) Fecha de declaración de la incapacidad.

Inciso 2. : reemplazar por

2. Notificar a las partes en el momento de emisión del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" y luego distribuir en forma inmediata.

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

Duplicado: a la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Cuaduplicado: para el damnificado o su apoderado.

Quintuplicado: Archivo de dictámenes.

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



CAPITULO 5

ARCHIVO DE LOS DICTÁMENES ORIGINADOS EN LOS TRAMITES PARA LA HOMOLOGACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS ANTE LA AUTORIDAD PROVINCIAL DE TRABAJO

Consideraciones Generales

El Decreto Nº 717/96 de la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 en su Art. 10 inciso 3. establece que la Autoridad Laboral habilitada por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo podrá efectuar las Homologaciones de las I.L.P.P. Definitivas y en el instructivo del procedimiento de dicho trámite se indica que el Organismo Laboral enviará una copia certificada del Dictamen a las Comisiones Médicas para su registro y archivo.

Consideraciones Particulares

Documentación

El Organismo Provincial de Trabajo deberá remitir todos los dictámenes en cuestión, en copia certificada por el Médico Oficial del mismo, donde a su vez se mencione el número de Acto Administrativo y/o Resolución de la Autoridad competente con el que se concluyó la tramitación del expediente respectivo.

Procedimiento

1. El administrativo recibirá la documentación, la controlará y firmará el acuse de recibo.
2. Procederá a registrar en un libro para tal fin, los datos de:
 - Fecha de recepción
 - Número de C.U.I.L. o del Documento de Identidad del trabajador
 - Organismo Laboral
 - Número de Dictamen
 - Número de Resolución
 - Número de bibliorato donde se archiva
3. Archivará la documentación por el Nº de CUIL o Documento de Identidad del trabajador en un bibliorato habilitado para tal efecto.
4. Remitirá a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo la información que esta disponga sobre los dictámenes recibidos de la Autoridad Laboral. Dichos datos deberán estar incluidos en los cuadros estadísticos que la Comisión Médica deberá enviar mensualmente.