

Resolución 15/98

Créase el "Registro de Siniestros". Mecanismos y procedimientos a seguir para efectuar las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Bs. As. 11/02/98.

VISTO la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, el Decreto Reglamentario N° 717 de fecha 28 de junio de 1.996, la Resolución S.R.T. N° 204 de fecha 19 de septiembre de 1.996, la Resolución Conjunta S.R.T. N° 31 y S.S.N. N° 25.178 de fecha 2 de mayo de 1.997 y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 31 apartado 1 incisos b) y d) y apartado 2. inciso c) de la Ley sobre Riesgos del Trabajo establece las pautas que obligan a las Aseguradoras a almacenar y reportar información relativa a los siniestros laborales.

Que el artículo 30 de la citada ley obliga igualmente a los empleadores autoasegurados.

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

Que el artículo 36 apartado 1 inciso n de la Ley N° 24.557, establece para esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) la obligación de elaborar índices de siniestralidad, para lo cual es necesario sistematizar los datos recibidos de las Aseguradoras.

Que para que esto se lleve a cabo con mayor celeridad y eficiencia es necesario disponer de un Registro de Siniestros, que contenga los datos del empleador, del trabajador y la información relacionada con las causas, circunstancias y consecuencias vinculadas con las contingencias que ocurran en el ámbito laboral.

Que es conveniente contar con procedimientos e instrumentos uniformes, ágiles y eficaces que permitan obtener la información sobre los siniestros laborales, que deben suministrar las Aseguradoras y empleadores autoasegurados.

Que la Resolución Conjunta S.R.T. N° 31/97 y S.S.N. N° 25.178, aprueba el contenido de la información relacionada con las contingencias laborales que deben mantener las Aseguradoras y empleadores autoasegurados, razón por la cual resulta procedente dejar sin efecto la Resolución S.R.T. N° 204/96.

Que la Subgerencia Legal ha emitido opinión favorable para el dictado de la presente Resolución.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 36, apartado 1, inciso d) de la Ley N° 24.557.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

Artículo 1°- Créase el "Registro de Siniestros".

Art. 2°- Estipúlase que para efectuar las denuncias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los mecanismos y procedimientos a seguir son los detallados en el Anexo I, parte integrante de la presente.

Art. 3°- Establécese que los datos mínimos que deben contener los formularios, o el elemento que la Aseguradora implemente en su reemplazo, a utilizar en el procedimiento estipulado en el artículo precedente, son los consignados en el ANEXO II, que forma parte de la presente.

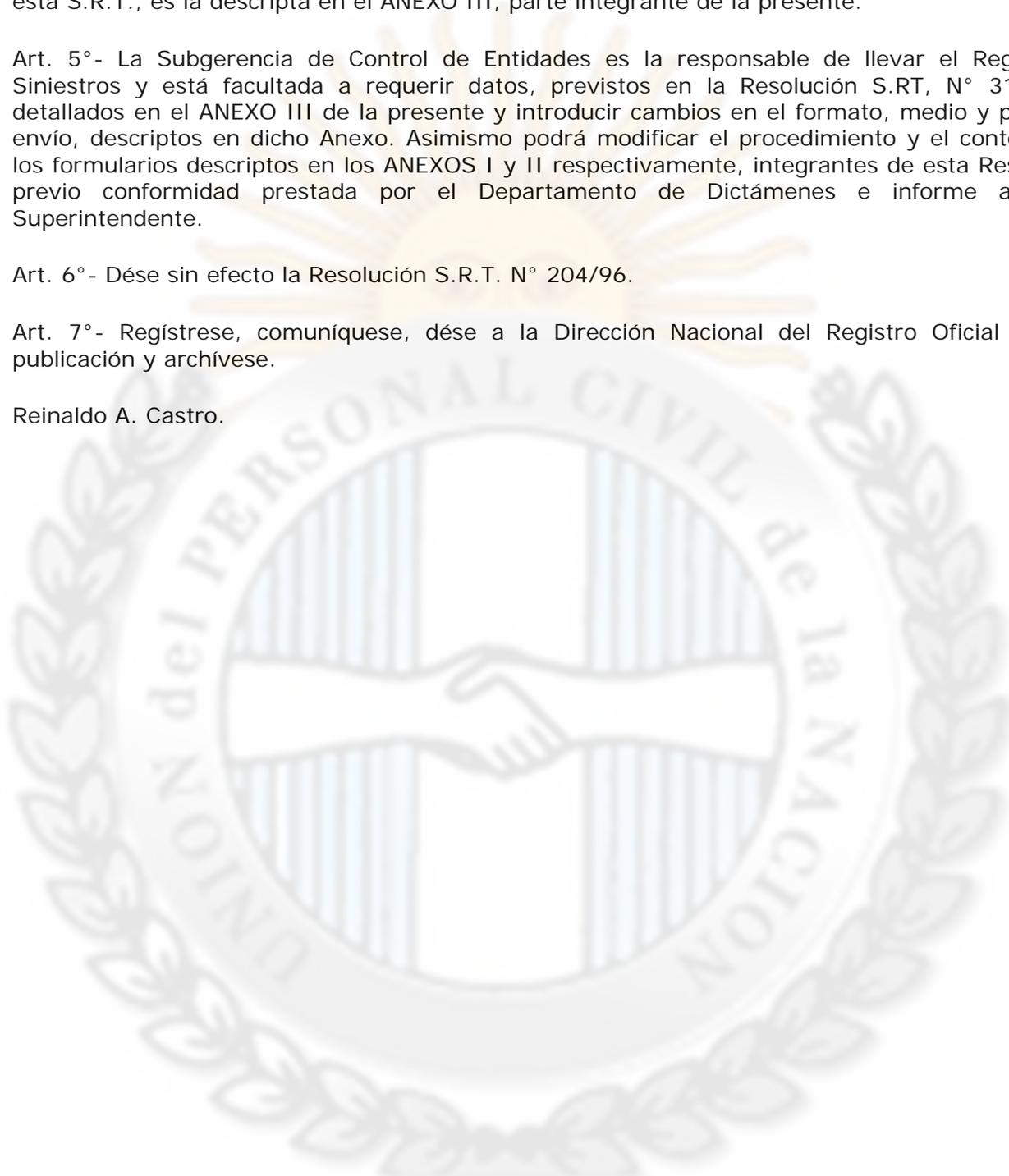
Art. 4°- Establécese que la información relativa a los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que las Aseguradoras y empresas autoaseguradas deben remitir mensualmente a esta S.R.T., es la descrita en el ANEXO III, parte integrante de la presente.

Art. 5°- La Subgerencia de Control de Entidades es la responsable de llevar el Registro de Siniestros y está facultada a requerir datos, previstos en la Resolución S.R.T, N° 31/97, no detallados en el ANEXO III de la presente y introducir cambios en el formato, medio y plazos de envío, descritos en dicho Anexo. Asimismo podrá modificar el procedimiento y el contenido de los formularios descritos en los ANEXOS I y II respectivamente, integrantes de esta Resolución, previo conformidad prestada por el Departamento de Dictámenes e informe al Señor Superintendente.

Art. 6°- Dése sin efecto la Resolución S.R.T. N° 204/96.

Art. 7°- Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación y archívese.

Reinaldo A. Castro.



Procedimiento Administrativo para la Denuncia de Accidentes

1. Instrucciones e información:

1.1. La Aseguradora elaborará y entregará material informativo a los Empleadores sobre los pasos a ejecutar en caso de accidente o enfermedad profesional.

1.2. El material informativo será entregado al Empleador en el momento de la afiliación y adjunto a la entrega, de los instrumentos para formalizar la denuncia, en un formato tal que asegure su comprensión y facilite su comunicación.

1.3. El material informativo u otra documentación de importancia para la adecuada atención de un accidente laboral o enfermedad profesional deberá ser actualizado cuando se produzca alguna modificación.

1.4. En el supuesto que la Aseguradora no hubiese instruido convenientemente al Empleador sobre los pasos a seguir, éste estará de todos modos obligado a procurar la atención médica del Trabajador haciendo uso de los recursos disponibles en el momento.

1.5. Los Empleadores deberán poner en conocimiento de los Trabajadores las instrucciones pertinentes recibidas de la Aseguradora acerca del procedimiento a seguir en caso de accidente o enfermedad profesional.

2. Obligación de los trabajadores

Los trabajadores están obligados, siempre y cuando su condición médica lo permita, a informar en forma inmediata al Empleador toda contingencia que ocurra durante o en ocasión del trabajo incluyendo los in itinere, por sí mismos o a través de un tercero.

3. Atención del trabajador lesionado.

3.1. Cuando el Trabajador reportara al Empleador un accidente o enfermedad profesional, el Empleador gestionará en forma inmediata la atención médica del damnificado de acuerdo a las instrucciones que recibiera oportunamente de parte de la Aseguradora. Dicha atención también podrá ser gestionada directamente ante la Aseguradora, o un prestador por ella habilitado, por el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del siniestro.

3.2. El Trabajador lesionado recibirá del Prestador Médico, en forma inmediata la asistencia médica pertinente. El Empleador a fin de facilitar la atención del Trabajador proporcionará al Prestador, Nombre y Apellido del Trabajador, N° de CUIL, Razón Social del Empleador, N° de CUIT y Aseguradora, a través del instrumento que la Aseguradora tenga implementado (Solicitud de Atención, tarjeta identificatoria, etc.), sin embargo, la demora en la entrega de dicha información no será admitida como motivo para justificar la falta de asistencia médica.

3.3. El trabajador recibirá del Prestador una Constancia de Asistencia Médica (Véase Anexo II Parte A en donde quedará documentado el motivo de consulta, sus datos personales y, de ser posible de determinar, la fecha de vuelta al trabajo).

Si la contingencia fuera sin baja laboral la Constancia de Asistencia Médica debidamente firmada y sellada por el profesional, reemplaza al formulario de Finalización de la Incapacidad Laboral Temporaria.

4. La denuncia de Accidente o Enfermedad profesional.

4.1. El Empleador denunciará el siniestro ante la Aseguradora, dentro del plazo máximo de 48 hs. hábiles de haber tomado conocimiento del mismo, volcando los datos de la contingencia en el formulario de Denuncia, el cual deberá ajustarse al esquema del Anexo II Parte D; al dorso del formulario se detallarán las Tablas con los códigos correspondientes a forma de accidente, zona del cuerpo afectada, naturaleza de la lesión y agente causante. El original del mencionado documento será para la Aseguradora y la primera copia para el Empleador.

4.2. En los casos de accidentes sin baja la Aseguradora podrá requerir al Empleador que los datos de los siniestros sean informados a través de un "Reporte Mensual de Accidentes Sin Baja" dentro de los 5 días hábiles del mes siguiente al informado, cuyo formato se acompaña en el Anexo II Parte E; al dorso se detallarán las Tablas indicadas para el formulario de Denuncia.

4.3. Si la Aseguradora tuviera implementado un sistema de telegestión podrá autorizar al Empleador a realizar la denuncia por esa vía, debiendo la Aseguradora tomar los recaudos necesarios para garantizar la inalterabilidad de los datos denunciados.

4.4. Si el Trabajador solicitará al Empleador una copia de la denuncia presentada con motivo de las lesiones que sufriera, este último deberá proporcionársela sin anteponer condición de ninguna naturaleza.

5. Notificaciones

5.1. La Aseguradora notificará por medio fehaciente al Trabajador y al Empleador el rechazo del carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad conforme lo establecido en la normativa vigente, informando los conceptos mencionados en el Anexo II Parte B.

5.2. La Aseguradora notificará al Trabajador y al Empleador el cese de la situación de Incapacidad Laboral Temporal indicando el motivo de tal circunstancia, bajo firma del responsable del Área Médica de la Aseguradora o prestadora habilitada a tal fin. En dicha notificación se comunicará lo establecido en el Anexo II Parte C.

6. Notificaciones a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.)

La Aseguradora notificará a la S.R.T, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a través de informes mensuales a los que hace referencia en el ARTICULO 4° de la presente resolución. Para los casos contemplados en la Resolución 79/96 se mantendrá el plazo y condiciones que ésta establece.

7. Las empresas autoaseguradas

Las empresas autoaseguradas deberán cumplir con este procedimiento desempeñando el rol de Empleador y Aseguradora según corresponda.

Contenido de los Formularios

Parte A Constancia de Asistencia Médica

Es el documento que da cuenta de las lesiones que presenta el trabajador al momento de realizar la consulta ante el prestador de servicios y deberá poseer como mínimo los datos que se listan a continuación:

1. Lugar y fecha
2. Datos de filiación del trabajador
3. Breve descripción del Motivo de Consulta
4. Indicaciones
5. Fecha de vuelta al trabajo
6. Fecha de próxima revisión (si corresponde)
7. Alta (Si / No)

Parte B Notificación de Rechazo

Es el instrumento a través del cual la Aseguradora comunica el Rechazo del carácter laboral, del accidente o enfermedad, deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Lugar (de emisión del documento de notificación)
2. Fecha
3. N° de Siniestro
4. Fecha de Siniestro
5. Datos de filiación del trabajador
6. Descripción del Motivo del rechazo (se deberá mencionar sucintamente las causas del rechazo)

El formulario deberá contener al pie una leyenda que exprese el siguiente mensaje "SR. TRABAJADOR: EN CASO DE DISCREPANCIA CON ESTA DECISION UD. PUEDE CONCURRIR A LA COMISION MEDICA SITA EN"

Parte C Finalización de la Incapacidad Laboral Temporaria

Es el instrumento a través del cual la Aseguradora informa al Empleador y al Trabajador sobre las condiciones de Finalización de la Incapacidad Laboral Temporaria y deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Fecha
2. Datos de filiación del trabajador

3. Motivo de la Finalización de la Incapacidad Laboral Temporaria

4. Prestación en especie a seguir brindando

5. Fecha de presentación del trabajador para la determinación del grado de incapacidad o acuerdo de homologación

Parte D Esquema de Formulario de Denuncia

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad profesional		N° de Siniestro		00000				
Accidente:			Enfermedad:					
Datos de la Empresa								
Razón Social								
C.U.I.T.				N° de Contrato				
Datos del Accidentado								
Apellido y Nombre								
Documento Tipo	Dni	LC	LE	Ci	Pas	Número	CUIL	
Turno Habitual	Rotativo		Sí	No	Horario Habitual	De	Hasta	
Ocupación								
Reparto	Capitalización AFJP:							
Datos del Accidente								
Fecha				Hora Inicio de Jornada		Hora del Accidente		
En el trabajo	En otro centro o lugar de trabajo		Al ir o volver del trabajo		Desplazamiento en día laboral		Otro	
Dirección de Ocurrencia del Accid.								
Domicilio del Establecimiento								
Breve Descripción de los Hechos.								
Codificación de los Datos del Siniestro (Véanse las tablas al dorso)								
Forma de Accidente		Zona del Cuerpo Afectada			Naturaleza de la Lesión		Agente Causante	
Prestador o Centro Médico que Efectuó la Atención Inmediata								
Nombre		Domicilio			Localidad			
C.P.		Provincia			País		T.E.	
Grado de lesión presuntas		Leve	Grave	Muerte	Se deberá señalar "Grave" sólo en los casos con internación			
.								
Fecha, firma autorizada de la empresa y aclaración					Fecha de ingreso a la Aseguradora			
.								

Parte E Esquema de Formulario de Denuncia de Accidentes Sin Baja Laboral

Denuncia de Accidentes Sin Baja Laboral										
Datos de la Empresa										
Razón Social					N° de Contrato					
C.U.I.T.										
Datos de los Trabajadores Lesionados										
N°	Apellido y Nombre	N° Cuil	Tipo Doc.	N° Doc.	Fecha Siniestro	Tipo de Siniestro	Agente Causante	Forma de Accidente	Zona del Cuerpo Afectada	Naturaleza de la Lesión
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										

Véanse las tablas al dorso

Estructura de Datos a enviar por las Aseguradoras

Procedimiento para la entrega de información

El Registro de Siniestros es una base de datos general, donde se encuentran contenidos los registros correspondientes a los siniestros e incapacidades reportadas por las Aseguradoras a la Superintendencia.

Para la conformación del registro antes mencionado, las Aseguradoras deberán remitir, antes del día 15 de cada mes, la información contenida en el presente Anexo, sobre todas las contingencias (incluyendo novedades) de las que han tomado conocimiento en el mes anterior.

La instrumentación del nuevo formato, especificado en el presente Anexo, se hará efectiva el 01 de abril de 1998, fecha a partir de la cual se rechazarán los registros con la estructura vigente actualmente.

A fin de racionalizar la cantidad de información requerida, en función de la magnitud del siniestro, se han establecido tres categorías. Cada una de las categorías requiere el llenado de una cantidad diferente de información tal como se puede apreciar el siguiente cuadro:

Categorías de siniestros

- a. Accidentes sin baja laboral Campos del 01 al 17
- b. Accidentes con baja laboral Campos del 01 al 23
- c. Incapacidades Campos del 01 al 28

Campos obligatorios para la aceptación del registro:

Dentro de este concepto se incluyen aquellos campos en que, para la categoría correspondiente, la ausencia de información o contenido No Válido genera el rechazo del registro. En el cuadro siguiente son indicados con la leyenda Obligatorio. Se incluyen dentro de esta definición los campos clave.

Campos de Obligatoriedad Diferida

Son los campos en donde la ausencia de información no genera el rechazo del registro, sin embargo, deberán ser completados con envíos posteriores haciendo uso del mecanismo de modificación establecido con ese propósito. Estos campos se señalan con la leyenda Diferible. Cabe señalar que en cada actualización se deberán enviar todos los datos conocidos para ese registro.

Nº	Nombre del Campo	Completar en:	Necesarios para la Aceptación del Registro
0	Categoría de registro	S/Baja - C/Baja - Incap	Obligatorio
1	Código de aseguradora o empresa autoasegurada	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
2	Número de Siniestro	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
3	Fecha de Siniestro	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
4	CUIT del Empleador	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
5	Número de contrato	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
6	Código de Provincia	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
7	CUIL del Trabajador	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
8	Tipo de documento del Trabajador	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible

9	Número del documento del Trabajador	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible
10	Apellido y Nombre del Trabajador	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
11	Tipo de siniestro	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
12	Forma de Accidente	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible
13	Zona del cuerpo afectada	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible
14	Naturaleza de la lesión	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible
15	Agente causante	S/Baja - C/Baja - Incap.	Diferible
16	Fecha de información	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
17	Tipo de operación	S/Baja - C/Baja - Incap.	Obligatorio
18	Gravedad del siniestro	C/Baja - Incap.	Diferible
19	Diagnóstico Médico	C/Baja - Incap.	Diferible
20	Fecha de finalización	C/Baja - Incap.	Diferible
21	Días de Incapacidad laboral Temporal acumulados	C/Baja - Incap.	Obligatorio
22	Cód. de egreso de la incapacidad laboral temporal	C/Baja - Incap.	Diferible
23	Ocupación del trabajador	C/Baja - Incap.	Diferible
24	Tipo de incapacidad	Incap.	Obligatorio
25	Porcentaje de incapacidad	Incap.	Obligatorio
26	Fecha de dictamen	Incap.	Diferible
27	Ente dictaminador	Incap.	Diferible
28	Días de incapacidad permanente provisoria	Incap.	Obligatorio

Para cada trabajador siniestrado la Aseguradora debe generar un número único de siniestro, sin importar la categoría a la cual pertenezca (Sin Baja, Con Baja o Incapacidad) y dicha numeración deberá ser correlativa. Si un accidente informado bajo la categoría Con Baja deviniera en incapacidad, el registro inicial deberá ser modificado enviando un nuevo registro con todos los campos completos correspondientes a la nueva categoría, sin modificar el número de siniestro.

DESCRIPCION DEL ARCHIVO:

SOPORTE: Disquete de 3.5 pulgadas; HD, con formato MS-DOS 4.01 o superior en 1.44 Mb.

Código de grabación ASCII.

FORMA DE COMPLETAR LOS REGISTROS

En forma periódica se enviará la información requerida, la cual tiene carácter de declaración jurada. Los tipos de operaciones disponibles para el manejo de los registros son los siguientes:

Operación	Descripción
A	Alta, primera presentación del registro
B	Baja por corrección de errores en campos clave
M	Modificación por corrección de errores o envío de datos no Registrados con anterioridad

- Para los tipos de operación "A" y "M" se deberán completar la totalidad de los campos.

- Para el tipo de operación "B" sólo son necesarios los campos que componen la clave del registro.

CORRECCION DE ERRORES:

En caso de detectarse un error en la información enviada se deberá corregir el mismo en la próxima presentación teniendo en cuenta lo siguiente:

- Si el campo donde se produjo el error forma parte de la clave del archivo se deberá enviar un registro con tipos de operación "B" (Baja) y el registro de reemplazo con una "A".
- Si, por el contrario, el campo no forma parte de la clave se podrá modificar el mismo enviando el registro con el campo corregido y una "M" (Modificación) en el tipo de operación.

En ambos casos el campo fecha de información se completará con el día de entrega del disquete a esta Superintendencia.

Se especifican a continuación los archivos a enviar. Los campos clave de cada archivo se indican marcados con asterisco.

Para las incapacidades se deberá enviar un registro de modificación por: cada novedad que se produzca en la valoración de la incapacidad, cuando se produzcan homologaciones y cuando emitan dictámenes las Comisiones Médicas.

Nombre del Archivo: ARTCARTV.SIX donde:

- ART Valor constante "ART".
- CARTV Código de ART incluido el dígito verificador.
- SI Valor constante "SC" indicando el contenido del disquete.
- X Número de archivo de siniestros presentado en la fecha.

Orden	Nombre del campo	Tipo	Longitud	Descripción	Forma de Llenado
00	Categoría de Registro	Alfabético	02	Especifica si se trata de un accidente o enfermedad profesional Sin Baja, Con Baja o Incapacidad	SB Sin baja laboral CB Con baja laboral IN Incapacidad
01	Código de aseguradora o empresa autoasegurada	Numérico	05	Otorgado por la SRT	Sin guiones ni separadores. Incluye dígito verificador.
02	Número de Siniestro	Numérico	20	Otorgado por la Aseguradora o empresa autoasegurada	Sin guiones ni separadores de por medio
03	Fecha de Siniestro	Numérico	08	De ocurrencia del Siniestro	AAAAMDD
04	CUIT del Empleador	Numérico	11	CUIT del empleador afiliado.	Sin guiones ni separadores de por medio. Incluye prefijo y dígito verificador.
05	Número de contrato	Numérico	06	De vigencia al momento del siniestro. No corresponde para los autoasegurados.	
06	Código de Provincia	Numérico	02	Donde ocurrió el siniestro	Tabla de Pcias de DGI 00 Capital Federal 01 Buenos Aires 16 Chaco 17 Chubut 03 Córdoba 04 Corrientes 02 Catamarca 05 Entre Ríos 18 Formosa 06 Jujuy 21 La Pampa 08 La Rioja 07 Mendoza 19 Misiones 20 Neuquén 22 Río Negro 13 Sgo. del Estero 09 Salta 10 San Juan 11 San Luis 12 Santa Fe 23 Santa Cruz 24 Tierra del Fuego 14 Tucumán 99 Exterior del país
07	CUIL del Trabajador	Numérico	11	CUIL del trabajador siniestrado.	Sin guiones ni separadores. Incluye dígito verificador.
08	Tipo de documento del Trabajador	Alfanumérico	02	Tipo de documento del trabajador. Se colocará sólo cuando no posea CUIL, en cuyo caso es obligatorio	Tabla N° 5 Código de Tipo de Doc. (Res. SRT 31/97) 00 Cédula Policía Federal 89 Libreta cívica 90 Libreta enrolamiento 96 Documento único 97 Pasaporte 99 Otro
09	Número del documento del Trabajador	Numérico	08	Número de documento. Sólo cuando el trabajador no posea CUIL, en cuyo caso es obligatorio.	Alineado a la derecha, sin guiones ni separadores de por medio.
10	Apellido y Nombre del Trabajador	Alfabético	35	Según DNI para argentinos o documento habilitante para extranjeros.	Con letras mayúsculas, sin puntos ni comas.
11	Tipo de siniestro	Alfabético	01	Tipo de siniestro acaecido	Tabla N° 1 Código Tipo de Siniestro (Res. SRT 31/97) T Accidente de Trabajo I Accidente in itinere P Enfermedad profesional R Reingreso
12	Forma de Accidente	Numérico	02	Código de forma de accidente	Tabla N° 2 Código Forma de Accidente (Res. SRT 31/97) 01 Caídas de personas a nivel 02 Caída de personas de altura 03 Caída de personas al agua 04 Caída de objetos 05 Derrumbes o desplome de instalaciones 06 Pisada sobre objetos 07 Choque contra objetos 08 Golpes por objetos 09 Aprisionamiento o Atrapamiento 10 Esfuerzo físico e 11 Exposición a frío 12 Exposición a calor 13 Exposición a radiaciones ionizantes 14 Exposición a radiaciones no ionizantes 15 Exposición a productos químicos 16 Contacto con electricidad 17 Contacto con productos químicos 18 Contacto con fuego 19 Contacto con materiales calientes 20 Contacto con frío 21 Contacto con calor 22 Explosión o implosión 23 Incendio 24 Atropellamiento por animales 25 Mordeduras por animales 26 Choque de vehículos 27 Atropellamiento por vehículo 28 Fallas en mecanismos para trabajos hiperbáricos 29 Agresión con armas 99 Otras formas

13	Zonas del cuerpo afectadas	Númerico	03	Código de zonas del cuerpo afectada	<p>Tabla N° 10 Código Zona Cuerpo (Res. SRT 31/97)</p> <p>001 Región craneana (cráneo, cuero cabelludo)</p> <p>002 Ojos (con inclusión de los párpados y/o la órbita y/o del nervio óptico)</p> <p>006 Boca (con inclusión de labios y/o dientes y/o lengua)</p> <p>009 Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes)</p> <p>010 Nariz y senos paranasales</p> <p>012 Aparato auditivo</p> <p>015 Cabeza, ubicaciones múltiples</p> <p>016 Cuello</p> <p>020 Región cervical (columna vertebral y músculos adyacentes)</p> <p>021 Región dorsal (columna vertebral y músculos adyacentes)</p> <p>022 Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes)</p> <p>023 Tórax (costillas, esternón)</p> <p>024 Abdomen (pared abdominal)</p> <p>025 Pelvis</p> <p>029 Tronco, ubicaciones múltiples</p> <p>030 Hombro (con inclusión de clavícula, omóplato y axila)</p> <p>031 Brazo</p> <p>032 Codo</p> <p>033 Antebrazo</p> <p>034 Muñeca</p> <p>035 Mano (con excepción de los dedos solos)</p> <p>036 Dedos de las manos</p> <p>039 Miembro superior, ubicaciones múltiples</p> <p>040 Cadera</p> <p>041 Muslo</p> <p>042 Rodilla</p> <p>043 Pierna</p> <p>044 Tobillo</p> <p>045 Pie (con excepción de los dedos solos)</p> <p>046 Dedos de los pies</p> <p>049 Miembro inferior, ubicaciones múltiples</p> <p>050 Aparato cardiovascular en general</p> <p>070 Aparato respiratorio en general</p> <p>080 Aparato digestivo en general</p> <p>100 Sistema nervioso en general</p> <p>133 Mamas</p> <p>134 Aparato genital en general</p> <p>135 Aparato urinario en general</p> <p>140 Sistema Hematopoyético en general</p> <p>150 Sistema endocrino en general</p> <p>160 Piel (sólo afecciones dérmicas)</p> <p>180 Aparato Psíquico en general</p> <p>181 Ubicaciones múltiples (compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la tabla)</p>
14	Naturaleza de la lesión	Númerico	02	Código de naturaleza de lesión	<p>Tabla N° 11 Código de Naturaleza de la Lesión (Res. SRT 31/97)</p> <p>01 Escoriaciones</p> <p>02 Heridas punzantes</p> <p>03 Heridas cortantes</p> <p>04 Heridas contuso / anfractuosas</p> <p>05 Heridas de bala 06 Pérdida de tejidos</p> <p>07 Contusiones</p> <p>08 Traumatismos internos</p> <p>09 Torceduras y esguinces</p> <p>10 Luxaciones</p> <p>11 Fracturas</p> <p>12 Amputaciones</p> <p>13 Gangrenas</p> <p>14 Quemaduras</p> <p>15 Cuerpo extraño en ojos</p> <p>16 Enucleación ocular</p> <p>17 Intoxicaciones</p> <p>18 Asfixia</p> <p>19 Efectos de la electricidad</p> <p>20 Efectos de las radiaciones</p> <p>21 Disfunciones orgánicas</p> <p>99 otros</p>
15	Agentes causantes del siniestro	Númerico	02	Detalle del agente causante	<p>Tabla N° 03 Código de Agente causante del siniestro (Res. SRT 31/97)</p> <p>01 Elementos edilicios del Ambiente de Trabajo (pisos, paredes, techo, escaleras, rampas, pasarelas, aberturas, puertas, portones, persianas, ventanas, otros)</p> <p>10 Instalaciones complementarias del ambiente del trabajo (tubos de ventilación, cañerías de gas, de aire, de agua, de electricidad de materias primas o productos, de desagües, rejillas, estanterías, electricidad, vehículos o medio de transporte en general).</p> <p>20 Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo (matrices, paralelas, bancos de trabajo, recipientes, andamios, archivos, escritorios, asientos en general, muebles en general, materias primas, productos elaborados, otros)</p> <p>30 Factores externos al ambiente de trabajo (todo elemento o factor influyente en la vía pública o en ámbitos cerrados con exclusión del lugar de trabajo. Ej.: vehículos, carteles, marquesinas, animales, armas, muebles, etc.)</p> <p>40 Agentes químicos señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales Dec. 658/96.</p> <p>50 Agentes químicos no señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales Dec. 658/96.</p> <p>60 Agentes biológicos señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales Dec. 658/96.</p>

					70 Agentes biológicos no señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales Dec. 658/96. 80 Factores termohidrométricos (Temperaturas extremas, humedad, presión, otros). 90 Factores físicos (Agua, fuego, ruido, iluminación, otros).
16	Fecha de información	Numérico	08	Fecha de presentación de la información ante SRT.	AAAAMDD
17	Tipo de operación	Alfabético	01	Indica alta, modificación o baja	A Alta B Modificación M Baja
18	Gravedad del siniestro	Alfabético	01	Primera estimación de la gravedad del accidente	Tabla N° 09 Código de Gravedad del Siniestro (Res. SRT 31/97) L Leve G Grave (Sólo en caso de internación) M Mortal
19	Diagnóstico Médico	Alfanumérico	04	Codificación de OMS CIE10.	Codificación de OMS CIE10. Alineación a la izquierda completando con espacios, sin punto.
20	Fecha de finalización	Numérico	08	De la incapacidad laboral temporaria	AAAAMDD
21	Días de Incapacidad Laboral Temporaria acumulados	Numérico	04	Aquellos en los que no se realizaron tareas, incluidos días domingos, feriados y días en los que la empresa estuvo cerrada, excluidos el de egreso de la incapacidad laboral temporaria.	Cuatro enteros. Si el trabajador aún permanece con incapacidad temporaria se cuentan los días acumulados hasta la fecha de información.
22	Código de egreso de la incapacidad laboral temporaria	Alfabético	01	Suceso que produce el término de la Incapacidad Temporaria	Tabla N° 12 Código de Egreso de la Incapacidad Temporaria (Res. SRT 31/97) D Defunción L Regreso al trabajo O Otro motivo P Se declara incapacidad permanente R Rechazo
23	Ocupación del trabajador	Alfanumérico	04	Ocupación desarrollada por el trabajador al momento del accidente	Cód. CIUO v. 1988
24	Tipo de incapacidad	Alfabético	04	Corresponde al tipo de incapacidad	Tabla N° 13 Código de Tipo de Incapacidad IPPP Incapacidad Laboral Permanente Parcial Provisoria IPPD Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva IPTP Incapacidad Laboral Permanente Total Provisoria IPTD Incapacidad Laboral Permanente Total Definitiva
25	Porcentaje de incapacidad	Porcentual	06	Corresponde al grado de incapacidad permanente	Según la tabla de evaluación de incapacidades laborales
26	Fecha de dictamen	Numérico	08	Corresponde a la fecha en que el ente homologa la incapacidad	AAAAMDD
27	Ente dictaminador	Numérico	03	Comisión médica u organismo habilitado para la homologación de las incapacidades permanentes	Tabla N° 16 Código de Organismos de Homologación (Res. SRT 31/97) 001 Tucumán 002 Resistencia 003 Posadas 004 Mendoza 005 Córdoba 006 Villa María 007 Rosario 008 Paraná 009 Neuquén 011 La Plata 012 Mar del Plata 013 Bahía Blanca 014 Junín 017 Santa Rosa 018 Viedma 019 Comodoro Rivadavia 020 Río Gallegos 021 Ushuaia 022 San Salvador 023 Salta 024 Catamarca 025 La Rioja 026 San Juan 027 San Luis 028 Formosa 029 Santiago del Estero 030 Corrientes 031 Zárate 10A Capital Federal 10B Capital Federal 10C Capital Federal 10D Capital Federal 10E Capital Federal CMC Capital Federal E00 CAPITAL FEDERAL E01 BUENOS AIRES E02 CATAMARCA E03 CORDOBA E04 CORRIENTES E05 ENTRE RIOS E06 JUJUY E07 MENDOZA E08 LA RIOJA E09 SALTA E10 SAN JUAN

					E11 SAN LUIS E12 SANTA FE E13 SANTIAGO DEL ESTERO E14 TUCUMAN E16 CHACO E17 CHUBUT E18 FORMOSA E19 MISIONES E20 NEUQUEN E21 LA PAMPA E22 RIO NEGRO E23 SANTA CRUZ E24 TIERRA DEL FUEGO
28	Días de incapacidad permanente provisoria	Numérico	04	Días transcurridos desde la fijación de la incapacidad permanente provisoria hasta el último día del mes informado o su determinación como definitiva.	En días

