

Resolución N° 432/99

Bs. As., 19/11/99

VISTO el expediente del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 2510/98, la Ley N° 24.557, el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996, la Resolución S.R.T. N° 43 de fecha 12 de junio de 1997 y la Resolución Conjunta S.R.T. N° 58 y S.A.F.J.P. N° 190 de fecha 12 de junio de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad a lo dispuesto en la Resolución Conjunta S.R.T. N° 58 y S.A.F.J.P. N° 190/98, las Oficinas de Homologación y Visado tienen la función de homologar los acuerdos sobre las incapacidades laborales permanentes parciales definitivas a que lleguen las Aseguradoras y los Empleadores Autoasegurados con los damnificados, y la de registrar las incapacidades laborales permanentes provisorias que les sean presentadas.

Que la aludida resolución determina que las Oficinas de Homologación y Visado también deberán fiscalizar, visar y registrar los distintos exámenes médicos en salud previstos en la Resolución S.R.T. N° 043/97.

Que la S.R.T. se encuentra facultada para dictar las normas complementarias y reglamentarias que resulten incumbentes a la actuación de las Oficinas de Homologación y Visado, ejerciendo, por su parte, el control, supervisión y fiscalización de sus actividades.

Que atento ello, es menester proceder a la creación de un procedimiento formal que regule y encauce los trámites en que deban tomar intervención las Oficinas de Homologación y Visado.

Que la Subgerencia de Asuntos Legales se ha expedido en forma favorable respecto del dictado de la presente resolución.

Que la presente se dicta en uso de las facultades otorgadas por el artículo 36 de la Ley N° 24.557, y el artículo 35 del Decreto N° 717/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1º.— Aprobar el Manual de Procedimientos para los trámites en que deban intervenir las Oficinas de Homologación y Visado, que se encuentra contenido en el Anexo I, formando parte en un todo de esta Resolución.

ARTICULO 2º.— Aprobar los modelos de formularios e instructivos que figuran en los Anexos II y III, que forman parte en un todo de la presente.

ARTICULO 3º.— El incumplimiento de las obligaciones impuestas a las Aseguradoras y Empleadores en la presente Resolución, será juzgado y comprobado mediante el procedimiento reglado por las Resoluciones S.R.T. N° 10/97 y 25/97 y pasible de las sanciones establecidas por la normativa vigente.

ARTICULO 4º.— Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y notifíquese.

Dr. JORGE HECTOR LORENZO, a/c Superintendencia de Riesgos de Trabajo.

MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LOS TRAMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS OFICINAS
DE HOMOLOGACION Y VISADO

TITULO 1

INCAPACIDADES LABORALES

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

1.1.- Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas

1.1.1.- La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberán proceder a notificarle fehacientemente al trabajador la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva que el mismo pueda presentar, dentro de los quince (15) días corridos contados desde el otorgamiento del alta de una contingencia que originó una Incapacidad Laboral Temporal o una Incapacidad Laboral Permanente Parcial Provisoria, o desde el transcurso de un año de la primera manifestación invalidante, si así correspondiese.

1.1.2.- Conjuntamente con la notificación de la estimación de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva, las Aseguradoras o el Empleador Autoasegurado podrán proponer al trabajador la firma de un acuerdo para ser homologado en las Oficinas de Homologación y Visado.

1.1.3.- En caso de que el trabajador acepte firmar el acuerdo sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva estimada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, el mismo deberá concretarse dentro de los treinta (30) días corridos contados desde la fecha del otorgamiento del alta o desde el transcurso de un año de la primera manifestación invalidante, si así correspondiese.

1.1.4.- La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado serán los encargados de iniciar el trámite para la homologación del acuerdo, ante la Oficina de Homologación y Visado que corresponda. Dicho trámite deberá ser iniciado dentro de los quince (15) días corridos contados desde la fecha de la firma del Acuerdo mencionado.

1.1.5.- En caso de que la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no hayan propuesto acuerdo alguno al trabajador, o que éste haya manifestado su disconformidad o no haya expresado su intención de aceptar el acuerdo propuesto, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberán iniciar el trámite ante la Comisión Médica jurisdiccional, a los efectos de que se fije la correspondiente incapacidad. En todos los casos, el trámite deberá ser iniciado dentro de los treinta (30) días corridos contados a partir de la notificación de la incapacidad, plazo éste que no podrá superar los cuarenta y cinco (45) días corridos contados desde la fecha del otorgamiento del alta o desde el transcurso de un año de la primera manifestación invalidante, si así correspondiese.

1.2.- Incapacidades Laborales Permanentes Provisorias

1.2.1.- La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberán proceder a notificarle fehacientemente al trabajador la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Permanente (Parcial o Total) Provisoria que el mismo pueda presentar, dentro de los quince (15) días corridos contados desde el cese de la Incapacidad Laboral Temporal o de la revisión del Grado y del Porcentaje de una Incapacidad Laboral Permanente Provisoria previamente registrada.

1.2.2.- Conjuntamente con la notificación mencionada en el punto precedente, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberán informarle al trabajador ante que Comisión Médica Jurisdiccional podrá concurrir en caso de que discrepe con la estimación de la Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, a los efectos de plantear allí su divergencia.

1.2.3. En caso de que el trabajador acepte la Incapacidad Laboral Permanente Provisoria estimada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, éstos deberán proceder a iniciar el trámite para el registro de la misma, ante la Oficina de Homologación y Visado que corresponda, dentro de los quince (15) días corridos contados desde la fecha de la aceptación del trabajador.

2.- TRAMITE PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS.

2.1.- Iniciación

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

2.1.2.- El trámite deberá iniciarse ante la Oficina de Homologación y Visado con competencia territorial en el domicilio real del damnificado, entendiendo por éste el lugar donde reside el trabajador al momento del inicio.

En los casos que por razones de distancia resultara más cercana otra Oficina de Homologación y Visado que la correspondiente por competencia territorial, el solicitante podrá requerir de la Oficina de origen, el traslado del expediente a la Oficina de Homologación y Visado más cercana al domicilio del damnificado, mediante una nota que fundamente los motivos del pedido.

2.1.3.- La presentación se efectuará con la documentación que se detalla a continuación:

a) Solicitud de Intervención: original y una copia.

La solicitud deberá estar firmada por el representante del Área Médica de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

b) Fotocopia del Documento de Identidad (DNI, LC o LE) del damnificado donde conste el último cambio de domicilio.

c) Fotocopia del Documento de Identidad (DNI, LC O LE) del derechohabiente y/o del apoderado, si correspondiere.

Cuando el damnificado o el derechohabiente no cuenten con Documento de Identidad (D.N.I., L.C. o L.E.), se incorporará la copia de otro documento y de la denuncia policial de extravío, robo o hurto de su documento de identidad, o de la constancia de documento en trámite, expedido por autoridad competente

Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no cuenten con copia del documento de identidad del damnificado, deberán informar en la presentación el último domicilio conocido del damnificado para poder efectuar la citación correspondiente.

d) Poder otorgado ante escribano público para el apoderado de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado o autorización suscripta por apoderado para que los representantes del Área Médica que firmen la Solicitud de Intervención puedan gestionar trámites administrativos.

Si el apoderado fuera abogado, bastará con la presentación de la copia del poder firmada por el letrado en todas sus partes.

La Oficina de Homologación y Visado creará un archivo independiente de las constancias legales mencionadas precedentemente para evitar la reiteración de su presentación en trámites similares.

e) El Formulario del Acuerdo para determinar la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva.

f) La Historia Clínica del siniestro y la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado, a saber: estudios complementarios, informes, certificados médicos, etc. Se podrán presentar los originales o copias certificadas por un profesional del establecimiento o de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

g) Copia de la Denuncia de la contingencia, de la notificación del cese de la Incapacidad Laboral Temporaria, del Alta Médica y/o de la notificación de la Revisión de la Incapacidad.

h) Si correspondiere, los antecedentes del damnificado que tenga la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, a saber:

Historia Clínica laboral.

- Exámenes de ingreso, periódicos, previos a un cambio de actividad o tarea, luego de una enfermedad prolongada y/o de egreso, para los casos de cálculos de Capacidad Restante.
- Dictámenes o sentencias sobre incapacidades laborales previas, etc., a los fines de tener constancia de otras preexistencias.
- En caso de Enfermedades Profesionales, se deberán adjuntar las constancias que permitan establecer la relación de causalidad entre la tarea, el agente de riesgo y la patología que presenta el trabajador.

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

2.2. Rechazo de la presentación.

2.2.1.- Sólo se rechazará la iniciación del trámite en los casos que se mencionan a continuación, debiendo reintegrarse al solicitante la documentación que hubiera presentado junto con el formulario de rechazo correspondiente, en el que figurará marcado el motivo de la devolución:

a) Solicitud de Intervención presentada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado que resulte incompleta por no poder identificar a las partes.

b) Solicitud de Intervención sin la firma y la aclaración del representante de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

c) Acuerdo para la homologación sin la firma de alguna de las partes.

d) Acuerdo para la homologación firmado "en disconformidad" por el damnificado.

e) Acuerdo para la homologación en el que figure un porcentaje del 0% o una Incapacidad Laboral Permanente Total.

f) Acuerdo para la homologación en el que falte el cálculo de la incapacidad estimada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

g) Solicitud de Intervención que no esté acompañada del Acuerdo para la Homologación.

h) Solicitud de un trámite no contemplado en el presente Manual de Procedimientos.

2.2.2.- Se archivará, como comprobante de la devolución, la copia del formulario de rechazo.

2.2.3.- Cuando una presentación fuera rechazada y las partes remitan posteriormente la documentación completa, a ésta se le asignará un número de expediente, agregándose la constancia del rechazo anterior.

2.3.- Armado del expediente

El Administrativo de la Oficina de Homologación y Visado deberá realizar el siguiente procedimiento en oportunidad de ingresar la documentación:

2.3.1.- Recibir el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" presentado, en mano o por servicio postal, por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

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

2.3.3.- Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:

- Los tres primeros dígitos que identifican a la Oficina de Homologación y Visado (la letra por el distrito federal y el número por la dependencia).
- La letra "H" como identificación de un trámite sobre una Homologación de Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva.
- Los cinco siguientes a partir del 00001 que identifican al número de expediente. Se mantendrá una numeración independientemente para el trámite descripto.
- "/" (barra).
- Los cuatro últimos al año de emisión.

Ejemplo:

C01-H-00001/1999 (Oficina de Homologación y Visado de Capital Federal N° 01, Trámite de Homologación de una Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva, Expediente N° 00001 del año 1999).

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

2.3.4.- Registrar el número de expediente en el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención".

2.3.5.- Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Oficina, los datos de la solicitud ingresada.

2.3.6.- Proceder al armado del expediente, integrado por los elementos que se detallan a continuación y en el siguiente orden:

- Carátula o "Tapa del Expediente": Se consignará el tipo de trámite solicitado, el número de expediente, los datos del damnificado, de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, médico al que se le asignó el expediente y fecha de inicio del trámite.
- Original de la "Solicitud de Intervención".
- Fotocopia del documento de identidad (DNI, LE o LC) del damnificado, derechohabiente o apoderado.
- Poder o autorización de la Aseguradora.
- Acuerdo para la Homologación de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva.
- Historias clínicas, resúmenes y/o certificados (originales o copias certificadas).
- Estudios médicos complementarios (informes escritos y medios gráficos).

- Denuncia de la contingencia, notificación al trabajador y al Empleador del Cese de la Incapacidad Laboral Temporal, eventual Revisión de la Incapacidad y Alta Médica con su correspondiente notificación al trabajador y al Empleador.
- El relevamiento de los agentes de riesgo de enfermedades profesionales presentes en el puesto de trabajo, si correspondiese.
- 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.

2.3.7.- Entregar el duplicado de la "Solicitud de Intervención" a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, en mano o por servicio postal al domicilio denunciado.

2.3.8.- Foliar todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación, debiéndose colocar el número correspondiente en el extremo superior derecho, sin superponerlo a escritura alguna. La "Solicitud de Intervención" será el folio Nº 1.

La dependencia que inicia una actuación o la que la remite, será la responsable de la operación de foliatura, debiendo la dependencia receptora controlar si la misma es correcta.

Se incorporarán foliados al expediente todos los estudios efectuados y las placas radiográficas; respecto de 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 que se incorporen a las actuaciones, no continuarán la foliatura de éstas, por lo cual no deben ser foliados, debiendo mantener su propia carátula y foliatura. Dichos expedientes 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 tuviere. La siguiente foja que se incorpore 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 todas sus hojas.

En el caso de desglose de parte del contenido del expediente por pedido judicial, se dejará constancia en el expediente, aclarando motivo del desglose y fojas que fueron desglosadas, reemplazando las mismas, cuándo fuera posible, por fotocopias.

2.3.9.- Buscar en el archivo los posibles antecedentes del damnificado, para que sean evaluados por el médico coordinador. Posteriormente, de ser necesario, los antecedentes se incorporarán a los actuados.

2.4.- Evaluación del expediente

2.4.1.- El Coordinador de la Oficina de Homologación y Visado deberá:

a) Proceder a realizar una evaluación respecto del contenido y forma de la presentación y de los antecedentes que pudieran existir. De ser necesario, indicará el agregado de los antecedentes, dejando constancia de ello en el expediente.

b) Asignar los expedientes a cada médico integrante de la Oficina, teniendo en cuenta la patología del damnificado y la especialidad del profesional designado, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros, incluido el mismo Coordinador.

c) Dejar constancia en el expediente de los casos en los que el profesional deba constituirse, por causas debidamente justificadas, en el domicilio del damnificado o en su lugar de internación.

2.4.2.- El profesional designado deberá realizar un análisis de la documentación aportada, la que debe cumplir las siguientes formalidades:

- En lo posible ser documentación original.
- 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.
- Tener membrete con identificación completa de la Entidad o del Hospital o Centro Médico, cuándo de ello se trate.

2.4.3.- Al analizar los exámenes de laboratorio o especialidad, el médico deberá tener especial cuidado de recibirlos en forma completa. En el caso de los 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, el médico designado deberá exigir en la "Audiencia y/o examen médico" la entrega de ambas cosas. En caso contrario la documentación recibida deberá considerarse como no objetiva.

Cuando se trate de placas radiográficas, éstas deberán contener en forma impresa, mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas (Por ejemplo: tipos de plomo, etc.), la fecha, el nombre y el número del documento de identidad del trabajador.

2.4.4.- El profesional deberá dejar constancia en el expediente de las observaciones y medidas recomendadas, a efectos de que las mismas sean requeridas por el administrativo al momento de las citaciones.

2.5.- Citación a las partes

2.5.1.- Las comunicaciones deberán ser realizadas en forma fehaciente.

En los casos de las solicitudes que acompañen fotocopias de la documentación requerida y en aquellos en los que, en opinión del profesional designado, resulte necesario incorporar o solicitar algún elemento, deberá intimarse, junto con la notificación para la "Audiencia y/o examen médico", a que se concurra con los originales de la documentación en cuestión, a los efectos de ser incorporados en el momento de la audiencia.

2.5.2.- Se deberá emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por triplicado. La Audiencia deberá practicarse dentro de los diez (10) días de recibida la solicitud.

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

2.5.3.- Remitir por vía postal al damnificado y a la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", la que deberá ser recibida con tres (3) días de antelación de la fecha de Audiencia y/o examen médico, como mínimo.

2.5.4.- Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.

2.5.5.- Incorporar al expediente las copias de las Notificaciones para Audiencia y/o Examen Médico junto con los acuses de recibo.

2.6.- Procedimiento ante la incomparecencia de las partes

2.6.1.- Si una de las partes no concurriese, se procederá a la recitación de ambas partes dentro de los quince (15) días siguientes, según el punto 2.5. ("Citación a las partes"). No obstante, se confeccionará el "Acta de Audiencia y/o examen médico", en la que se dejará asentado la parte que se presentó a la audiencia, y aquella que no concurrió.

2.6.2.- A la segunda incomparecencia de una de las partes se procederá al archivo del expediente, dejando asentado en el mismo tal circunstancia.

2.6.3.- Notificar a las partes de la caducidad y archivo dispuestos, en razón de la incomparecencia a la audiencia y/o examen médico.

2.6.4.- Ante la imposibilidad de notificar fehacientemente al damnificado o derechohabiente de la audiencia y/o examen médico, se informará a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado sobre la situación, requiriéndoles los datos necesarios para poder citar fehacientemente al damnificado o derechohabiente.

2.6.5.- De persistir la dificultad para notificar al damnificado o derechohabiente, no se continuará con el trámite, dejando constancia de ello en el expediente, previo a disponer su archivo.

2.7.- Primera Audiencia

2.7.1.- Identificación de las partes

A la audiencia y/o examen médico deberán concurrir un representante médico del Área Médica de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado y el damnificado, quién podrá estar acompañado de asesores profesionales.

Todos los concurrentes a la audiencia deberán ser identificados, mediante exhibición de los documentos de identidad. La ausencia de los asesores del damnificado no impedirá el comienzo de la Audiencia.

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

El representante de la Aseguradora deberá exhibir el poder legal o la autorización correspondiente, cuándo se presente como tal y no lo hubiera incorporado al expediente.

2.7.2.- Comienzo de la Audiencia

Luego de la identificación de los asistentes y su registro en el acta correspondiente, el médico de la Oficina de Homologación y Visado procederá a:

a) Registrar:

- La forma como sucedió el siniestro.
- Estudio y tratamiento efectuado.
- Toda otra circunstancia que se considere de relevancia sobre el siniestro, tales como alteraciones en los tratamientos, casos de reingresos por altas sucesivas, etc.
- Las prestaciones en especie otorgadas.

b) Completar la información en cuanto a las actividades laborales y a los agentes de riesgo a los que está expuesto el damnificado, si correspondiere.

c) Controlar que figure en el expediente toda la documentación a incorporarse.

d) Recibir los elementos faltantes en el expediente y que fueran solicitados a las partes.

2.7.3.- Examen Médico

El médico procederá a efectuar el examen físico del damnificado.

b) En el caso que el damnificado dificultare el examen, se suspenderá el mismo, procediendo a emitirse la Conclusión Médica correspondiente a la divergencia planteada.

2.7.4.- Final de la Audiencia

a) Luego del examen médico se procederá a:

- Registrar los datos positivos o de interés del examen físico.
- Emitir opinión sobre los estudios complementarios aportados, en relación con los resultados del examen físico.
- Consignar en el acta los aportes y/o divergencias de las partes.

b) Completada la evaluación, y de considerar necesaria la incorporación de documentación no aportada oportunamente, o la realización de estudios y/o interconsultas con especialistas, el profesional actuante deberá efectuar en el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" un emplazamiento a la Aseguradora para que incorpore al trámite la documentación faltante, procediendo, en cada caso, a lo siguiente:

- Registrar en el Acta la documentación faltante y el plazo otorgado para su entrega.

... Indicar la documentación o los estudios necesarios, según la normativa vigente. Dichos estudios estarán a cargo de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

c) En caso de considerar oportuno la citación para una Segunda Audiencia, se deberá fijar en el Acta el lugar, fecha y hora para su realización.

d) Si no fuera necesaria otra documentación o estudios, se procederá a registrar en el Acta la fecha en que se emitirá la Conclusión Médica.

e) El formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" se hará por triplicado y deberá ser firmado por el damnificado, el médico representante de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado y el médico actuante de la Oficina de Homologación y Visado. También podrá ser firmado por los asesores que hubiera designado el damnificado.

f) Entregar el duplicado al damnificado y el triplicado a la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

Con la firma y la entrega de la copia del "Acta de Audiencia y/o Examen Médico", se considerará que las partes fueron debidamente notificadas de los emplazamientos que se realicen, de la citación a la Segunda Audiencia o de la fecha prevista para la Conclusión Médica, según corresponda.

2.8.- Recepción de estudios o documentación complementaria

En aquellos casos en que se haya emplazado y fijado un plazo para entregar la documentación faltante, se deberá cumplir con las siguientes etapas:

2.8.1.- El administrativo le dará ingreso a la nota de presentación con los estudios o la documentación que acompaña la misma.

2.8.2.- El médico de la Oficina de Homologación y Visado procederá a controlar que los mismos cumplan con los requerimientos dispuestos.

2.8.3.- Cuando el damnificado no se prestará a la realización de las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, o la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no cumplieran con las directivas de la Oficina de Homologación y Visado, se procederá a emitir la Conclusión Médica correspondiente a la situación planteada. En este último caso, se notificará a la Subgerencia Médica de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a los efectos pertinentes.

2.8.4.- Las partes podrán solicitar mediante nota la incorporación al expediente de documentación adicional, nuevos acuerdos entre ellas que rectifiquen posibles deficiencias del acuerdo original o planteos a su tramitación hasta el día anterior (inclusive) al fijado para la emisión de la Conclusión Médica.

2.9.- Segunda Audiencia

2.9.1.- Comienzo de la Audiencia

Luego de la identificación de los asistentes y su registro en el acta correspondiente, el médico de la Oficina de Homologación y Visado procederá a:

- a) Evaluar los antecedentes incorporados al expediente.
- b) Examinar al damnificado, en aquellos casos que se considere necesario.
- c) Confeccionar el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico", dejando constancia en la misma que se emitirá la "Conclusión Médica", fijando fecha y hora de la misma y procediendo a notificar a las partes mediante la firma del acta.

2.9.2.- Procedimiento ante la incomparecencia de las partes a la Segunda. Audiencia y/o Examen Médico

Si una de las partes no concurriese, se procederá según lo estipulado en el Punto 2.6. ("Procedimiento ante la incomparecencia de las partes").

2.10.- Emisión de la Conclusión Médica

2.10.1.- La Oficina de Homologación y Visado emitirá el formulario "Conclusión Médica" correspondiente a la Homologación de Acuerdos de Incapacidad Laboral, dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud.

En los trámites que fueron trasladados a otra dependencia, los plazos correrán a partir de la recepción del expediente.

2.10.2.- El formulario se confeccionará por cuadruplicado, debiendo constar en el mismo lo siguiente:

- a) Fecha de emisión.
- b) Un resumen de lo actuado.
- c) Diagnóstico.
- d) Prestaciones en especie (que figuren en el Acuerdo): descripción de las que fueron brindadas y, si correspondiera, de las que deberán seguir otorgándose (asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación psicofísica y/o recalificación profesional).

e) Incapacidad que presenta el trabajador.

f) Las conclusiones sobre lo solicitado.

g) Si corresponde o no efectuar la homologación solicitada.

h) Las firmas de los integrantes de la Oficina de Homologación y Visado.

2.10.3.- Se homologarán únicamente aquellos acuerdos celebrados entre las partes que sean compatibles con la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto N° 659/96) y el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto N° 658/96) establecidos por la Ley N° 24.557.

2.11.- Notificaciones

2.11.1.- Remitir con acuse de recibo dentro de los cinco (5) días de realizada la sesión, la Conclusión Médica, de la siguiente forma:

- Duplicado: para la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
- Triplicado: para el damnificado o su apoderado.
- Cuaduplicado: para el Departamento Salud Ocupacional de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.11.2.- La Notificación de la Conclusión Médica a las partes, podrá hacerse en forma personal bajo firma de recepción de la misma.

2.11.3.- Incorporar al expediente el original de la Conclusión Médica y los acuses de recibo del resto de las notificaciones.

2.12.- Acuerdos no homologados

Los expedientes cuya conclusión sea la de no homologar los Acuerdos de Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas, deberán continuar su tramitación en la Comisión Médica que corresponda a la competencia territorial de la Oficina de Homologación y Visado.

En el formulario de la Conclusión Médica deberá figurar en estos casos, una leyenda informando que el expediente será girado a la Comisión Médica jurisdiccional, para la prosecución del mismo.

2.12.1.- Trámite en la Oficina de Homologación y Visado

Luego de incorporar al expediente los acuses de recibo de la notificación de la Conclusión Médica, se seguirán los siguientes pasos:

a) El Coordinador elaborará una providencia donde figure el pedido de giro del trámite a la Comisión Médica respectiva.

b) El administrativo procederá al fotocopiado de toda la actuación y al archivo de la misma, como resguardo de la documentación.

c) El expediente se remitirá al Departamento Salud Ocupacional de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, para luego ser enviado a la Comisión Médica que corresponda.

2.12.2.- Trámite en la Comisión Médica Jurisdiccional.

La Comisión Médica procederá a realizar el trámite correspondiente para dictaminar sobre la homologación de una incapacidad.

Finalizado el mismo, la Comisión Médica, a través de la Subgerencia Médica de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, remitirá a la Oficina de Homologación y Visado una copia del Dictamen Médico para su archivo.

2.13.- Archivo del expediente

2.13.1.- Se deberá disponer el archivo del expediente, mediante providencia dictada por el Coordinador, en los siguientes casos:

a) Existencia de trámites iniciados por divergencias en las Comisiones Médicas, en los casos en que en la Oficina de Homologación y Visado no se haya realizado la Audiencia y/o Examen Médico.

b) Desestimación de continuar con el trámite por parte del damnificado, previo a la Audiencia y/o Examen Médico.

c) Ausencia reiterada de las partes a las audiencias.

d) Trámites que hayan finalizado con la emisión de la Conclusión Médica por parte de las Oficina de Homologación y Visado o con el dictamen de las Comisiones Médicas, en los casos del punto 2.12.2..

2.13.2.- En los casos a), b) y c) del punto precedente, se deberán notificar fehacientemente a las partes del archivo del expediente por la causa que corresponda. Pasados los diez (10) días de recibidos los acuses de recibo de las notificaciones realizadas, se procederá al archivo del expediente.

En el caso d), se procederá al archivo pasados los diez (10) días de recibidos los acuses de recibo de la notificación de la Conclusión Médica o de la recepción del dictamen remitido por la Comisión Médica.

2.13.3.- Los expedientes provenientes de otra Oficina, deberán ser reintegrados a la dependencia de origen para su archivo.

3.- TRAMITE PARA EL REGISTRO DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PROVISORIAS.

Según lo indicado en el Punto 1.2. de las Consideraciones Generales del presente Título, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberán iniciar el trámite para el Registro de las Incapacidades Laborales Permanentes Provisorias ante la Oficina de Homologación y Visado que corresponda, dentro de los quince (15) días corridos contados desde la fecha de la aceptación por parte del trabajador de la estimación realizada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

Los trámites para registrar las Incapacidades Laborales Permanentes Provisorias, ya sean de grado Parcial o Total se iniciarán y tramitarán de igual forma que los descritos en el capítulo anterior.

Los pasos especiales descritos a continuación deben considerarse como agregados al procedimiento general que figura en los siguientes apartados del Punto 2 del presente Título:

2.1.- Iniciación

Punto 2.1.3: La presentación se efectuará con la documentación mencionada en dicho punto, reemplazándose el formulario del Acuerdo para Homologación (Anexo I) por el formulario para la Evaluación de la Incapacidad (Anexo J).

2.2.- Rechazo de la presentación.

Punto 2.2.1: Se agregarán los incisos:

- i) Evaluación de la ILP Provisoria sin la firma de alguna de las partes.
- j) Evaluación de la ILP Provisoria firmada "en disconformidad" por el damnificado.
- k) Formularios de Evaluación de la Incapacidad en los que falte el cálculo de incapacidad estimada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
- l) Solicitud de Intervención que no esté acompañada del Formulario de Evaluación de la Incapacidad.

2.3.- Armado del Expediente.

Punto 2.2.3: Se modifica el texto de este inciso por el siguiente:

2.3.3.- Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:

- Los tres primeros dígitos que identifican a la Oficina de Homologación y Visado (la letra por el distrito federal y el número por la dependencia).
- La letra "R" como identificación de un Registro de Incapacidad Laboral Permanente Provisoria.
- Los cinco siguientes a partir del 00001 que identifican al número de expediente. Se mantendrá una numeración independientemente para el trámite descripto.
- "/" (barra).
- Los cuatro últimos al año de emisión.

Ejemplo:

C01-R-00001/1999 (Oficina de Homologación y Visado de Capital Federal N° 01, Trámite de Registro de Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, Expediente N° 00001 del año 1999).

2.10.- Emisión de la Conclusión Médica

La Oficina de Homologación y Visado emitirá el formulario "Conclusión Médica" correspondiente a las Incapacidades Laborales Permanentes Provisorias.

El expediente, cuya Conclusión Médica sea la de no registrar la estimación realizada por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado sobre la Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, deberá continuar su tramitación en la Comisión Médica que corresponda a la competencia territorial de la Oficina de Homologación y Visado, según lo establecido en el Punto 2.12. del presente Título.

TITULO 2

EXAMENES MEDICOS EN SALUD

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

En caso que se pretenda certificar las secuelas incapacitantes detectadas en los exámenes médicos en salud, el Empleador o la Aseguradora, según corresponda, deberán presentar una Solicitud de Intervención ante la Oficina de Homologación y Visado pertinente en razón de la competencia territorial.

La solicitud deberá presentarse dentro de los treinta (30) días corridos de realizado el examen médico.

La certificación de los hallazgos detectados en los Exámenes Preocupacionales, Periódicos, Previos a un Cambio de Tareas, Posteriores a una Ausencia Prolongada y de Egreso, se llevará a cabo mediante el procedimiento de Visado o Fiscalizado, según corresponda:

- Visado: Este trámite se realizará en aquellos casos en que las secuelas incapacitantes no requieran, para su comprobación, del examen físico del trabajador, sino que puedan ser corroboradas mediante la observación de estudios complementarios. Por ejemplo: el hallazgo en los estudios complementarios, de situaciones tales como hiperglucemia, reacción para detectar Enfermedad de Chagas positiva, espina bífida sin limitaciones funcionales de la columna, hipoacusias, etc.
- Fiscalizado: Este trámite se efectuará en aquellos casos en que las secuelas incapacitantes requieran, para su comprobación, del examen físico del trabajador.

A los efectos de obtener los beneficios de excepción que establece el Art. 6º, apartado 3, inc. b) de la Ley N° 24.557, los exámenes preocupacionales deberán ser obligatoriamente visados o fiscalizados, según corresponda.

2.- TRAMITE PARA EL FISCALIZADO O VISADO DE LOS EXAMENES MEDICOS PREOCUPACIONALES.

2.1.- Iniciación

2.1.1.- El trámite lo podrá iniciar el Empleador en forma personal o por vía postal ante la Oficina de Homologación y Visado con competencia territorial en el domicilio donde esté ubicado el asentamiento y/o establecimiento en el que desarrollará las tareas el postulante.

En los casos que por razones de distancia resultara más cercana otra Oficina de Homologación y Visado que la correspondiente por competencia territorial, el Empleador podrá solicitar a la Oficina de origen, el traslado del expediente a esa Oficina de Homologación y Visado mediante una nota que fundamente los motivos del pedido.

2.1.2.- El Empleador iniciará el trámite en la Oficina de Homologación y Visado mediante la presentación de una solicitud y la documentación correspondiente.

2.1.3.- La presentación deberá constar de:

a) Nota del Empleador pidiendo la iniciación del trámite firmada por el mismo o por su representante, en donde se autorice al Médico del Trabajo para que lo represente en el trámite administrativo.

b)Solicitud de Intervención: original y copia.

La solicitud deberá estar firmada por el Médico del Trabajo del Empleador y el postulante, y en ella deberá figurar lo siguiente:

- La tarea que desarrollará el postulante.
- Los agentes de riesgo existentes en el puesto de trabajo.
- La descripción, con la mayor amplitud y precisión posible, de todas las secuelas incapacitantes que se detectaron en el examen, tratando de mencionar, cuando así corresponda, los grados de las limitaciones funcionales observadas.
- Si corresponde, los antecedentes de incapacidades que posee el postulante (Dictámenes de Incapacidades).

c) Fotocopia del Documento de Identidad (D.N.I., L.E. o L.C.) del postulante.

Cuando el postulante no cuente con Documento de Identidad (D.N.I., L.C. o L.E.), se incorporará la copia de otro documento y de la denuncia policial de extravío, robo o hurto de su documento de identidad, o de la constancia de documento en trámite, expedido por autoridad competente.

d) Fotocopia de la ficha o protocolo del examen físico.

e) Si correspondiera, fotocopias de los protocolos de aquellos estudios complementarios que demuestren dichas secuelas.

f) Fotocopia de la Constancia de Aptitud emitida por el Médico del Trabajo del empleador.

g) Constancia de notificación al postulante de los resultados (hallazgos o secuelas incapacitantes) del examen médico practicado.

h) Fotocopias de los trámites de los antecedentes del postulante sobre sus secuelas incapacitantes.

i) Los estudios ambientales sobre los agentes de riesgo realizados en el establecimiento, si existieran.

2.1.4.- En la documentación elevada en los Exámenes Médicos en Salud no se calculará el porcentaje de incapacidad laboral que generen las secuelas incapacitantes del postulante.

2.1.5.- La documentación presentada deberá corresponder fehacientemente al postulante y cumplir con lo establecido en la reglamentación vigente.

En los trámites de Visado se deberán incorporar al expediente los originales y las copias de los protocolos de los estudios complementarios que demuestren las secuelas. Los originales serán devueltos con la Conclusión Médica.

2.2.- Rechazo de la presentación

2.2.1.- Sólo se rechazará la iniciación del trámite en los casos que se mencionan a continuación, debiendo reintegrarse al solicitante la documentación que hubiera presentado junto con el formulario de rechazo correspondiente, en el que figurará marcado el motivo de la devolución:

a) Solicitud de Intervención que resulte incompleta por no poder identificar a las partes.

b) Solicitud de Intervención sin la firma del Médico del Trabajo del Empleador.

c) Solicitud de Intervención en la que no figuren las secuelas anatomofuncionales.

d) Solicitud de Intervención que no esté acompañada de la ficha del examen físico y/o de los protocolos de estudios complementarios que avalen las secuelas.

e) Solicitud de un trámite no contemplado en el presente Manual de Procedimientos.

2.2.2.- Se archivará, como comprobante de la devolución, la copia del formulario de rechazo.

2.2.3.- Cuando una presentación fuera rechazada y las partes remitan posteriormente la documentación completa, a ésta se le asignará un número de expediente, agregándose la constancia del rechazo anterior.

2.3.- Armado del expediente

El Administrativo de la Oficina de Homologación y Visado deberá realizar el siguiente procedimiento en oportunidad de ingresar la documentación:

2.3.1.- Recibir el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" presentado, en mano o por servicio postal, por el Empleador.

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

2.3.3.- Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:

- Los tres primeros dígitos que identifican a la Oficina de Homologación y Visado (la letra por el distrito federal y el número por la dependencia).
- Las letras "F" como identificación de un trámite de Fiscalizado; la letra "V" como identificación de un trámite de Visado; como consecuencia de un Examen Médico Preocupacional.
- Los cinco siguientes a partir del 00001 que identifican al número de expediente. Se mantendrá una numeración independiente para cada uno de los tipos de trámites descriptos.
- "/" (barra).
- Los cuatro últimos al año de emisión.

Ejemplo:

- C01-F-00001/1999: Oficina de Homologación y Visado de Capital Federal N° 01, Trámite de Fiscalizado de un Examen Preocupacional, Expediente N° 00001 del año 1999.
- C01-V-00001/1999: Oficina de Homologación y Visado de Capital Federal N° 01, Trámite de Visado de un Examen Preocupacional, Expediente N° 00001 del año 1999.

Se arbitrarán los medios para llevar un registro especial de estos trámites, que relacione a los mismos con el número de la C.U.I.L. del postulante o con el número del Documento de Identidad (si no contara con la C.U.I.L.), para que en caso de requerirse los antecedentes del postulante se ubiquen con facilidad.

2.3.4.- Asentar el número de expediente en el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención".

2.3.5.- Dar de alta en el registro de expedientes de la Oficina, los datos de la solicitud ingresada.

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

- Carátula o "Tapa del Expediente": Se consignará el tipo de trámite solicitado, el número de expediente, los datos del postulante, del Empleador, de la Aseguradora, del médico al que se le asignó el expediente y de la fecha de inicio del trámite.
- Solicitud de Intervención.
- Nota del Empleador autorizando al Médico del Trabajo para que represente al Empleador en el trámite.
- Fotocopia del Documento Identidad (DNI, LE o LC) del postulante.
- Ficha del examen físico.
- Estudios médicos complementarios (informes escritos y medios gráficos).
- Notificación por escrito al postulante de las secuelas anatomofuncionales halladas en el examen.
- Constancia de la "aptitud" firmada por el Médico del Trabajo del Empleador.
- Los antecedentes del postulante.
- Los estudios sobre los agentes de riesgo, si existieran.

2.3.7.- Entregar el duplicado de la "Solicitud de Intervención" o el eventual recibo de la presentación al solicitante.

2.3.8.- Foliar todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación, debiéndose colocar el número correspondiente en el extremo superior derecho, sin superponerlo a alguna escritura. La "Solicitud de Intervención" será el folio Nº 1.

La dependencia que inicia una actuación o la que la remite, será la responsable de la operación de foliatura, debiendo la dependencia receptora controlar si la misma es correcta.

Se incorporarán foliados al expediente todos los estudios efectuados y las placas radiográficas; respecto de 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.

En el caso de desglose de parte del contenido del expediente por pedido judicial, se dejará constancia en el expediente, aclarando motivo del desglose y fojas que fueron desglosadas, reemplazando las mismas cuándo fuera posible por fotocopias.

2.3.9.- Buscar en el archivo los posibles antecedentes del damnificado, para que sean evaluados por el médico coordinador. Posteriormente, de ser necesario, los antecedentes se incorporarán a los actuados.

2.4.- Evaluación del expediente

2.4.1.- El Coordinador de la Oficina de Homologación y Visado deberá:

a) Proceder a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de la presentación y de los antecedentes que pudieran existir. De ser necesario, indicará el agregado de los antecedentes, dejando constancia de ello en el expediente.

b) Analizar el motivo de presentación y la descripción de las secuelas que presenta el postulante, procediendo a confirmar o modificar el tipo de trámite (Fiscalizado o Visado).

c) Asignar los expedientes a cada médico integrante de la Oficina, teniendo en cuenta la patología del postulante y la especialidad del profesional asignado, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros, incluido el mismo Coordinador.

2.4.2.- El profesional designado deberá realizar un análisis de la documentación aportada, la que debe cumplir las siguientes formalidades:

- El examen físico será completo.
- Los protocolos de los estudios complementarios deberán justificar el motivo solicitado.
- La descripción de las secuelas o limitaciones funcionales estarán descriptas con el máximo de precisión.
- Toda la documentación deberá ser legible y no contener enmiendas, borrones, tachaduras o correcciones de ninguna especie, a menos que el propio profesional informante certifique en el mismo documento su validez. Además, la documentación deberá constar de:

a) Nombre y apellido y/o número de documento de identidad del postulante.

b) Nombre del profesional actuante y su número de matrícula.

c) Membrete con identificación completa de la Entidad, Hospital o Centro Médico, cuándo de ello se trate.

2.4.3.- Al analizar los exámenes de laboratorio o especialidad, el médico deberá tener especial cuidado de recibirlos en forma completa. En el caso de los exámenes que se componen de un medio gráfico (rayos X, trazados electroencefalográfico o electrocardiográficos, etc.) y de un informe del resultado elaborado por un especialista quien interpreta el medio gráfico, el médico designado deberá exigir en la "Audiencia y/o examen médico" la entrega de ambas cosas. En caso contrario la documentación recibida deberá considerarse como "no objetiva".

Cuando de trate de placas radiográficas, éstas deberán contener en forma impresa, mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas (Por ejemplo: tipos de plomo, etc.), la fecha, el nombre y el número del documento de identidad del interesado.

2.4.4.- El profesional deberá dejar constancia en el expediente de las observaciones y medidas recomendadas, a efectos de que las mismas sean requeridas por el administrativo al momento de las citaciones.

2.5.- Visado

2.5.1.- En estos trámites se procederá, en el momento de la presentación, a notificarle al solicitante la fecha y la hora en las que se le hará entrega del visado correspondiente. Dicha entrega deberá ser realizada dentro de los veinte (20) días hábiles de recibida la solicitud.

2.5.2.- El profesional designado deberá:

a) Controlar la solicitud y la documentación aportada verificando que las alteraciones anatomofuncionales descriptas en la presentación coincidan con los informes de los estudios médicos complementarios.

b) De corresponder, emitir la Conclusión Médica, para su posterior entrega al Empleador.

La emisión de la Conclusión Médica se efectuará según el punto 2.7. del presente título.

c) En caso de detectar secuelas que requieran efectuar un examen físico para corroborar las mismas, procederá a dejar asentado en el expediente su opinión, el pedido de cambio del trámite y su correspondiente registración estadística.

d) En aquellos casos que el postulante manifieste su disconformidad con respecto a las secuelas enunciadas, se procederá a dejar constancia en el expediente.

2.5.3.- En el caso de las afecciones que no fueran constatadas en los trámites de visado por la Oficina de Homologación y Visado y por lo tanto no figuren en su Conclusión Médica, no podrá aplicarse el inciso b) del apartado 3º del artículo 6º de la Ley Nº 24.557. Esta advertencia deberá figurar al pie de la Conclusión Médica para que se notifique el Empleador.

2.5.4.- La notificación del visado se efectuará según el punto 2.8. del presente título.

2.6.- Fiscalizado

2.6.1.- Citación

a) La Oficina de Homologación y Visado citará en forma fehaciente al Empleador, mediante la emisión del formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por duplicado. La Audiencia deberá practicarse dentro de los diez (10) días de recibida la solicitud.

b) El Empleador estará encargado de comunicar al postulante la fecha de la citación y de su traslado hasta la Oficina.

Al pie de página de la notificación, se dejará constancia de la responsabilidad del Empleador en cuanto al aviso de la fecha de la citación y al traslado del postulante a la audiencia.

El Empleador podrá informar a la Aseguradora de la audiencia establecida para que esta última pueda concurrir a la misma.

c) Las comunicaciones deberán realizarse siempre con acuse de recibo.

En los casos de las solicitudes que acompañen fotocopias de la documentación requerida y en aquellos en los que, en opinión del profesional designado, resulte necesario incorporar o solicitar algún elemento, deberá intimarse, junto con la notificación para la "Audiencia y/o examen médico", a que se concurra con los originales de la documentación en cuestión, a los efectos de su cotejo en el momento de la audiencia. Dichos originales serán devueltos con la Conclusión Médica.

d) El Administrativo procederá a:

- Remitir por vía postal al Empleador la notificación de la fecha de la audiencia con tres (3) días de antelación como mínimo. Esta notificación también podrá ser efectuada en el momento de la iniciación del trámite.
- Incorporar al expediente las copias de las notificaciones para Audiencia y/o Examen Médico junto con los comprobantes de haberse emitido la comunicación fehaciente y el acuse de recibo.

2.6.2.- Procedimiento ante la incomparecencia de las partes

a) Si una de las partes no concurriese, se procederá a la recitación dentro de los diez (10) días siguientes, conforme a lo establecido en el punto 2.6.1. del presente título. No obstante, se confeccionará el "Acta de Audiencia y/o examen médico", en la que se dejará asentado la parte que se presentó a la audiencia, y aquella que no concurrió.

b) A la segunda incomparecencia de una de las partes se procederá al archivo del expediente, dejando asentado en el mismo tal circunstancia.

2.6.3.- Audiencia y/o Examen Médico

A la audiencia y/o examen médico deberán concurrir el Médico del Trabajo del Empleador y el postulante.

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

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

2.6.4.- Comienzo de la Audiencia

Luego de la identificación de los asistentes y su registro en el acta correspondiente, el médico de la Oficina de Homologación y Visado procederá a:

a) Registrar si las tareas a desarrollar por el postulante, que las partes describen en la Audiencia concuerdan con aquellas mencionadas en la solicitud.

b) Completar la información sobre las actividades laborales y los agentes de riesgo a que estará expuesto el postulante durante la jornada laboral.

c) Controlar que figure en el expediente toda la documentación a incorporarse.

d) Recibir los elementos faltantes en el expediente y que fueran solicitados en la citación.

e) Dar fe en el expediente de que la documentación presentada con la solicitud es copia fiel de la original exhibida en la audiencia.

Para que la documentación mencionada en la solicitud pueda ser evaluada como prueba por el médico interviniente, se deberá exhibir los originales en el momento de efectuarse la "Audiencia y/o examen médico".

Los estudios originales serán devueltos con la entrega de la Conclusión Médica.

f) Corroborar que los estudios complementarios realizados concuerden con los potenciales agentes de riesgo del puesto de trabajo y con las recomendaciones de la normativa vigente.

2.6.5.- Examen Médico

a) El médico procederá a llevar a cabo el examen físico del postulante, procediendo al registro de las alteraciones anatomofuncionales que presente el postulante, estén éstas mencionadas o no en la solicitud.

b) El médico deberá describir las secuelas observadas con la mayor amplitud y precisión posible, tratando de mencionar, cuando corresponda, los grados de las limitaciones funcionales detectadas, cotejando su relación con los estudios complementarios.

c) En el caso que el postulante dificultare el examen, se suspenderá el mismo, procediendo a emitirse la Conclusión Médica correspondiente a la divergencia planteada.

d) Luego de realizado el examen médico, el profesional procederá a emitir la Conclusión Médica.

2.7.- Emisión de la Conclusión Médica

2.7.1.- El médico interviniente deberá fundamentar la confirmación de las afecciones anatomofuncionales que presente el postulante y su relación con la solicitud, como así también la incorporación de otras alteraciones o su inexistencia.

2.7.2.- La Conclusión Médica se emitirá sobre la base del examen físico y/o a los estudios aportados, según el trámite. En la Conclusión deberá figurar lo siguiente:

- La tarea o actividad que desarrollará el postulante.
- Los riesgos laborales del puesto de trabajo.
- Las secuelas incapacitantes detectadas, estén éstas mencionadas o no en la solicitud o difieran con la misma, y las limitaciones funcionales que provocan, si correspondiese.
- A cada una de las secuelas incapacitantes se le deberá indicar el código OMS según el CIE 10.
- Los estudios complementarios que avalen las secuelas.
- Los antecedentes del postulante.
- La argumentación sobre la Conclusión Médica.

En la Conclusión no se calculará el porcentaje de incapacidad laboral que generen las secuelas incapacitantes del postulante.

2.7.3.- Cuando del resultado del trámite, el profesional designado no constata las secuelas enunciadas en la solicitud, por inexistencia de las mismas o por deficiente estudio del postulante, deberá dejar constancia de ello en la Conclusión, no avalando las secuelas expuestas en la solicitud.

2.7.4.- Las Conclusiones de los trámites de Visado deberán estar firmadas por el Médico de la Oficina, no siendo necesarias las firmas del Empleador y del postulante.

2.7.5.- En las Conclusiones de los trámites de Fiscalizado deberán constar las firmas del Médico del Trabajo, del postulante y del Médico de la Oficina.

2.7.6.- En aquellos casos en que alguna de las partes manifieste su disconformidad con el resultado de la Conclusión, podrá incorporar al expediente un escrito al respecto, con el exclusivo fin de dejar constancia de ello en el actuado.

2.8.- Notificación

2.8.1.- Visado

La notificación se realizará cuando un representante del Empleador concurra a retirar la Conclusión Médica o, en su defecto, mediante envío postal, y se efectuará mediante sobre cerrado dirigido al servicio médico del Empleador.

El Empleador, a través de su servicio médico, será el encargado de entregar al postulante una copia de la Conclusión Médica.

2.8.2.- Fiscalizado

La notificación se realizará a las partes en el momento de la emisión de la Conclusión Médica mediante la entrega de sendas copias.

Con la firma y la entrega a las partes de la copia de la Conclusión Médica, se considerará que las partes fueron fehacientemente notificadas de la misma.

2.8.3.- En las notificaciones de las Conclusiones Médicas en donde no se comprobaron las secuelas incapacitantes denunciadas en la solicitud del trámite, deberá figurar el siguiente texto:

"Señor Empleador: se le notifica que la exclusión prevista en el inciso b) del apartado 3º del artículo 6º de la Ley Nº 24.557 no es aplicable a las afecciones mencionadas en la Solicitud de Intervención del presente trámite que no figuran en esta Conclusión Médica, por no haber sido corroboradas por la Oficina de Homologación y Visado".

2.9.- Archivo

El expediente se archivará en la Oficina de Homologación y Visado que haya iniciado el mismo.

3.- TRAMITE PARA EL REGISTRO DE LOS EXAMENES MEDICOS periódicos, previo a un cambio de tarea, posterior a una ausencia prolongada y de egreso.

Los trámites para registrar estos Exámenes Médicos en Salud se iniciarán y tramitarán de igual forma que los descriptos en el Punto 2 del presente título (Trámite para el visado o fiscalizado de los Exámenes Médicos Preocupacionales).

A esos efectos, para los trámites correspondientes a estos Exámenes Médicos, deberá interpretarse que se hace referencia al Trabajador cada vez que el Punto 2 del presente título menciona al Postulante.

Cuando el trámite lo inicie la Aseguradora, deberá interpretarse que se hace referencia a ella, cada vez que el Punto 2 del presente título menciona al Empleador.

Los pasos especiales descriptos a continuación deben considerarse como agregados al procedimiento general que figura en el punto mencionado precedentemente.

2.1.- Iniciación

Punto 2.1.2: El trámite podrá ser iniciado por la Aseguradora o por el Empleador, según lo establecido por la normativa vigente respecto de la responsabilidad en la realización del Examen Médico en Salud que pretenda registrarse.

La Solicitud de Intervención deberá ser firmada por el Médico del Trabajo del Empleador o, en caso de iniciarlo la Aseguradora, por el representante del Área de Medicina del Trabajo de la misma.

2.3.- Armado del expediente

El Administrativo de la Oficina de Homologación y Visado deberá realizar el siguiente procedimiento en oportunidad de ingresar la documentación:

2.3.1.- Recibir el original y copia del formulario de "Solicitud de Intervención" presentado, en mano o por servicio postal, por el Empleador o la Aseguradora.

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

2.3.3.- Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:

- Los tres primeros dígitos que identifican a la Oficina de Homologación y Visado (la letra por el distrito federal y el número por la dependencia).
- Las letras "E" como identificación de un trámite de Registrado como consecuencia del resto de los Exámenes Médicos en Salud.
- Los cinco siguientes a partir del 00001 que identifican al número de expediente. Se mantendrá una numeración independiente para el tipo de trámite descripto.
- "/" (barra).
- Los cuatro últimos al año de emisión.

Ejemplo:

- C01-E-00001/1999: Oficina de Homologación y Visado de Capital Federal N° 01, Trámite de Registro de un Examen Médico en Salud, Expediente N° 00001 del año 1999.

2.6.- Fiscalizado. 2.6.1.- Citación.

Se citará a la Aseguradora o al Empleador según corresponda. El iniciador del trámite será el encargado de comunicar al trabajador la fecha de la citación y de su traslado hasta la Oficina.

2.8.- Notificación

La misma se realizará al Empleador o a la Aseguradora según corresponda.

En los trámites iniciados por la Aseguradora en los que se realice el visado de los exámenes médicos en salud, ésta será la encargada, a través del Área de Medicina del Trabajo, de entregarle al trabajador una copia de la Conclusión Médica.

2.8.3.- En estos trámites, cuando no se corrobore una afección mencionada en la Solicitud de Intervención, no se incorporará a las notificaciones de las Conclusiones Médicas el texto mencionado en el punto de referencia.



FORMULARIOS E INSTRUCTIVOS
PARA
INCAPACIDADES LABORALES

FORMULARIO A

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
SOLICITUD DE INTERVENCION		
Hoja 1/2		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº		Fecha
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE Nº:		
MOTIVO DE LA PRESENTACION		
Homologación de Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva ☐		
Registro de Incapacidad Laboral Permanente Provisoria Parcial ☐ Total ☐		
DATOS DEL DAMNIFICADO		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L. Nº:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P.	Tel.
Doc. De Identidad Tipo y Nº	Sexo	Fecha de nacimiento:
Miembro hábil Derecho / Izquierdo	Lee y escribe: SI / NO	
Fecha de ingreso al establecimiento: / /		
Tarea habitual-es del trabajador:		Antigüedad en la tarea:
Tarea al momento del siniestro		CIUO Nº:
Turno habitual: diurno / rotativo / nocturno Horario que cumple habitualmente		
DATOS DEL EMPLEADOR		
Razón Social:		C.U.I.T. Nº:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P.	Tel.
Actividad principal del Establecimiento:		
CIIU Nº.		
..... Firma y sello del Solicitante		

Daminificado:	CUIL:
Hoja 2/2	
DATOS DEL SINIESTRO	
ACCIDENTE IN ITINERE ☐	ACCIDENTE DE TRABAJO ☐
ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐	
Fecha del siniestro (*): / /	Hora de inicio jornada:
Lugar del accidente:	Hora accidente:
Establecimiento:	C.U.I.T. N°:
Sección:	Agentes de Riesgo:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.
	Tel.
Provincia:	
Breve relato de la contingencia:	
(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.	
..... Firma y sello del Solicitante	

INSTRUCTIVO FORMULARIO A

Solicitud de Intervención

El formulario debe ser completado por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado que formalice ante la Oficina de Homologación y Visado la Solicitud de Intervención.

1. Consignar la localidad y el número de Oficina a la cual se presenta la Solicitud.
2. Fecha: La de confección.
3. Expediente Nº: Será consignado por la OHV.
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: completar los datos requeridos.
6. Datos del damnificado: completar según los datos requeridos.
7. Datos del Empleador: completar según los datos requeridos
8. Datos del Siniestro:
 - Accidente de trabajo / In-itinere / 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: completar.
 - Breve relato de las circunstancias: completar.
9. Firma y sello del solicitante: Consignar el cargo o función de la persona que efectúa la presentación por parte de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.

FORMULARIO B

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO ACUERDO PARA DETERMINAR LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PARCIAL DEFINITIVA

Datos a completar por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

Hoja 1/3

Lugar:

Fecha: / /

Siniestro N°:

Fecha del siniestro: / /

Fecha del cese de la I.L. Temporal: / /

Motivo del cese:

Fecha de registración previa de la I.L. Permanente Provisoria: / /

ASEG./EMPL. AUTOASEG.: Código N°:

EMPLEADOR: CUIT N°:

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel: CIU N°:

DAMNIFICADO:

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

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

Miembro superior hábil: Edad: Fecha de nacimiento: / /

Tarea habitual: CIUO N°: Tarea actual:

Agentes de Riesgo en el puesto del trabajo:

Preexistencias: (Preocupacional / Dictámenes / Sentencias)

- Inicialar por las partes.

CUIL Nº:

Hoja 2/3

Cálculo de la Incapacidad preexistente:.....

.....

Accidente de Trabajo: SI / NO

Enfermedad Profesional: SI / NO

Estudios complementarios y/o documentación que avale las lesiones:

.....

.....

Diagnóstico/s del siniestro:.....

.....

Secuelas Incapacitantes:

.....

.....

Código OMS (CIE10):.....

Dificultades para las tareas habituales (describir):

.....

Prestaciones en especie otorgadas:

.....

.....

Prestaciones en especie a brindar:

.....

- Inicial por las partes.

CUIL N :

Hoja 3/3

INCAPACIDAD

Preexistencias: %

Capacidad Restante: %

Lesiones Incapacitantes:

- 1) %
- 2) %
- 3) %
- 4) %

Mano hábil: 5% del %

Subtotal %

FACTORES DE PONDERACION:

Tipo de actividad: % del % %

Reubicación laboral: % del % %

Edad: % %

Porcentaje: %

Tipo: *PERMANENTE*

Grado: *PARCIAL*

Carácter: *DEFINITIVA*

Incapacidad Integral (suma de Incapacidades Incrementales): %

Se conviene en iniciar "Trámite de Homologación" aceptando el presente acuerdo

Sobre la incapacidad: SI ☐ NO ☐

.....
ART/Emp. Autoaseg.

.....
Damnificado (aclaración)

.....
Asesor Médico del Damnificado

Fecha: / /

• Entregar copia al damnificado.

INSTRUCTIVO FORMULARIO B

Acuerdo para determinar la Incapacidad Laboral

Permanente Parcial Definitiva

OBJETIVO: Registrar el acuerdo entre las partes para Homologación de las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas.

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

Contenido:

1. Lugar y fecha: Indicar la localidad, día, mes y año en que se realice.
2. Siniestro N°: Número otorgado por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.
3. Fecha de siniestro: Día, mes y año de ocurrido el siniestro.
4. Fecha del cese de la I.L. Temporal y Motivo del cese: fecha y explicar el por qué.
5. Fecha del cese de la I.L. Permanente Provisoria y Motivo del cese: fecha y explicar el por qué.
6. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: completar los datos solicitados.
7. Empleador: completar los datos solicitados.
8. Trabajador: completar los datos solicitados.
9. Agentes de Riesgos: indicar los existentes en el puesto de trabajo en el que se desempeñaba y en el caso de existir un cambio de actividad, mencionar a cuales estaría expuesto en el nuevo puesto.
10. Preexistencias: mencionar las secuelas que presenta el trabajador.
11. CUIL N°: indicar el del damnificado por si hay desglose de hojas.
12. Cálculo Incapacidad preexistente: hacer el cálculo correspondiente.
13. Accidente de Trabajo / Enfermedad Profesional: marcar lo que corresponda.
14. Estudios complementarios: los efectuados, fechas y resultados de los mismos.
15. Diagnóstico del siniestro: Indicar las lesiones ocurridas en el mismo.
16. Secuelas Incapacitantes: especificar las que presenta al momento de efectuar el acuerdo y el código de la CIE 10 de la OMS.
17. Dificultades para las Tareas Habituales (Explicarlas): Detallar en que consisten las dificultades y para que tareas.
18. Prestaciones en especie: aclarar cuales fueron otorgadas y las que deben seguir brindándose.
19. CUIL N°: indicar el del damnificado por si hay desglose de hojas.
20. INCAPACIDAD: Colocar el valor de la incapacidad hallado.

21. Factores de Ponderación: mencionar los evaluados.

22. Incapacidad Total: indicar porcentaje otorgado.

23. Incapacidad Integral: indicar el porcentaje hallado.

24. Se conviene en iniciar....: marcar lo que opine el damnificado.

25. Firmas: del responsable del Área Médica de la Aseguradora/ Autoasegurada o Prestador autorizado, del damnificado, del asesor médico del damnificado (si se hubiera designado algún profesional).

NOTA: Las partes deben inicialar cada hoja.



FORMULARIO C

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PROVISORIA
Datos a completar por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

Hoja 1/3

Lugar:.....

Fecha: / /

Siniestro N°:.....

Fecha del siniestro: / /

Fecha del cese de la I.L. Temporal: / /

Motivo del cese:

Fecha de registración previa de la I.L. Permanente Provisoria: / /

ASEG./EMPL. AUTOASEG.:..... Código N°:

EMPLEADOR: CUIT N°:.....

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel: CIU N°:

DAMNIFICADO:

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

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

Miembro superior hábil: Edad: Fecha de nacimiento: / /

Tarea habitual: CIUO N°: Tarea actual:

Agentes de Riesgo en el puesto del trabajo:

.....

Preexistencias: (Preocupacional / Dictámenes / Sentencias)

.....

.....

- **Inicialar por las partes.**

CUIL Nº :

Hoja 2/3

Cálculo de la Incapacidad preexistente:

.....

Accidente de Trabajo: SI / NO

Enfermedad Profesional: SI / NO

Estudios complementarios y/o documentación que avale las lesiones:

.....

Diagnóstico/s del siniestro:

Secuelas Incapacitantes:

.....

..... Código OMS (CIE10):

Dificultades para las tareas habituales (describir):.....

.....

Prestaciones en especie otorgadas:

.....

Prestaciones en especie a brindar:

.....

- **Iniciar por las partes.**

CUIL N :

Hoja 3/3

INCAPACIDAD

Preexistencias: %

Capacidad Restante: %

Lesiones Incapacitantes:

1) %

2) %

3) %

4) %

Mano hábil: 5% del %

Subtotal %

FACTORES DE PONDERACION:

Tipo de actividad: % del %

Reubicación laboral: % del %

Edad: %

Porcentaje: %

Tipo: *PERMANENTE*

Grado:

Carácter: *PROVISORIA*

Incapacidad Integral (suma de Incapacidades Incrementales): %

Se conviene en iniciar "Trámite de Registro de la Incapacidad Laboral Permanente

Provisoria":

SI

☐

NO

☐

.....
ART/Emp. Autoaseg.

.....
Damnificado (aclaración)

.....
Asesor Médico del Damnificado

Fecha: / /

En caso de estar disconforme con lo mencionado en la presente evaluación, Ud. podrá plantear su divergencia con la Aseguradora/Empleador Autoasegurado ante la Comisión Médica sita en la calle de la localidad de
Teléfono

• Entregar copia al damnificado.

INSTRUCTIVO FORMULARIO C

Evaluación de la Incapacidad Laboral Permanente Provisoria

OBJETIVO: Registrar las Incapacidades Laborales Permanentes ante la Oficina de Homologación y Visado.

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

Contenido:

1. Lugar y fecha: Indicar la localidad, día, mes y año en que se realiza.
2. Siniestro N°: Número otorgado por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.
3. Fecha de siniestro: Día, mes y año de ocurrido el siniestro.
4. Fecha del cese de la I.L. Temporaria y Motivo del cese: Día, mes y año y explicar el por qué.
5. Fecha de la revisión previa de la I.L. Permanente Provisoria: Día, mes y año.
6. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: completar los datos solicitados
7. Empleador: completar los datos solicitados.
8. Trabajador: completar los datos solicitados.
9. Agentes de Riesgo: indicar los existentes en el puesto de trabajo en el que se desempeñaba y en el caso de existir una autorización para realizar una actividad laboral, mencionar a cuales estaría expuesto en el nuevo puesto.
10. Preexistencias: mencionar las que presenta el trabajador.
11. CUIL N°: indicar el del damnificado por si hay desglose de hojas
12. Cálculo de Incapacidad preexistente: hacer el cálculo correspondiente.
13. Accidente de Trabajo / Enfermedad Profesional: marcar lo que corresponda.
14. Estudios complementarios: mencionar los efectuados, fechas y sus resultados.
15. Diagnóstico del siniestro y Secuelas Incapacitantes: Indicar las lesiones ocurridas en el mismo, especificar las que presenta al momento de efectuar el acuerdo y el código de la CIE 10 de la OMS.
16. Dificultades para las Tareas Habituales (Explicarlas): Detallar en que consisten las dificultades.
17. Prestaciones en especie: aclarar cuales se otorgadas y mencionar las que recibirá al damnificado luego de la presente evaluación de la incapacidad provisoria (si correspondiere).
18. CUIL N°: indicar el del damnificado por si hay desglose de hojas
19. INCAPACIDAD: Colocar el valor de la incapacidad hallado.

20. Factores de Ponderación: indicar los considerados.

21. Incapacidad incremental: indicar la hallada.

22. Se conviene en iniciar ...: marcar lo que corresponda.

23. Firmas: del responsable del Área Médica de la Aseguradora/ Empleador Autoasegurado o Prestador autorizado, del damnificado, del asesor médico del damnificado (si se hubiera designado algún profesional).

NOTA : Las partes deben inicialar cada hoja.



FORMULARIO D

CONSTANCIA DE DOCUMENTACION INCORPORADA			
Expediente Nº:		FECHA:	
	TIPO	PRESENTADA	A PRESENTAR
1.	Solicitud de Intervención		
2.	Documento de Identidad del Damnificado		
3.	Poder o Autorización de la Aseguradora/Emp.Autoaseg.		
4.	Historia Clínica de la contingencia		
5.	Estudios Complementarios		
6.	Denuncia de la Contingencia por el empleador o el trabajador		
7.	Notificación del Cese de la I.L.T.		
8.	Notificación de la Incapacidad al trabajador y al empleador		
9.	Acuerdo para Homologar una I.L.P. Parcial Definitiva		
10.	Evaluación de la I.L.P. Provisoria		
11.	Historia Clínica Laboral del trabajador		
12.	Exámenes Médicos en Salud		
13.	Dictámenes de Incapacidad previos		
14.	Relevamiento de Agentes de Riesgo		
15.	Estudio de Contaminantes Laborales		
16.	Informe del Área de Prevención sobre el ámbito laboral		
17.	Otros:		
18.	Otros:		

NOTA: Se le notifica que deberá presentar la documentación faltante marcada como "a presentar" en un plazo de 48 hs. a partir de la fecha de iniciado el presente trámite

.....
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO

FORMULARIO E

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº 	Fecha 	
LOCALIDAD 		
EXPEDIENTE Nº:		Hoja 1/2
MOTIVO DE INTERVENCION DE LA OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO (Marcar lo que corresponda)		
Homologación de Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva		☐
Registro Incapacidad Laboral Permanente Parcial Provisoria		☐
Registro Incapacidad Laboral Permanente Total Provisoria		☐
DATOS DEL DAMNIFICADO		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L. Nº:
Domicilio:		Localidad
Provincia:	C.P.:	Tel.
DATOS DE LA ASEGURADORA / EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
Nombre		Código Nº:
Domicilio Legal:		Localidad
Provincia:	C.P.:	Tel.
Siniestro Nº:		
DATOS DEL EMPLEADOR		
Razón Social:		C.U.I.T. Nº:
Domicilio Legal:		Localidad
Provincia:	C.P.:	Tel.
Actividad principal del Establecimiento		

EXPEDIENTE N°:

Hoja 2/2

Notificamos a Ud. que:

Deberá presentarse / la Oficina de Homologación se presentará, el día / /, a las horas en.....

para Audiencia y/o Examen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la Solicitud de Intervención de ésta Oficina de Homologación y Visado. Asimismo, se le **INTIMA** a presentar los antecedentes del caso y en especial:

.....
.....

Bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (Art.13, Dto. 717/96, Ley 24.557)

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello



INSTRUCTIVO FORMULARIO E

Notificación para Audiencia y/o examen médico

Objetivo: Citar fehacientemente a las partes, para efectuar la audiencia y/o examen médico e intimarlas a presentar los antecedentes del caso.

Emisor: El emisor de este formulario es la Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

- 1) Oficina de Homologación y Visado Nro.: consignar el número de la Oficina de que se trate.
 - 2) Fecha: indicar la fecha de emisión.
 - 3) Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Oficina de Homologación y Visado.
 - 4) Expediente N°: indicar el número de expediente.
 - 5) Parte a notificar: Indicar a quien está dirigida la notificación
 - 6) Motivo de intervención de la Oficina de Homologación y Visado: consignar según la
 - 7) Solicitud de Intervención.
 - 8) Datos del damnificado: Completar todos los datos requeridos.
 - 9) Datos de ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Completar todos los datos requeridos.
 - 10) Datos del empleador: Completar todos los datos requeridos.
- Deberá presentarse / la Oficina de Homologación y Visado se presentará: tachar lo que no corresponda.
- 11) Indicar el día, mes, año y hora en que el notificado deberá presentarse en la Oficina de Homologación y Visado, o en que la Oficina de Homologación y Visado se constituirá en el domicilio del damnificado. Se consignará asimismo la documentación que deba presentarse.
 - 12) La Notificación debe ser firmada por el Coordinador de la Oficina de Homologación y Visado.

FORMULARIO F

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
ACTA DE AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES		
CONCLUSIONES MEDICAS		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº		Fecha
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE Nº:	Hoja 1/2	
Fecha de solicitud de intervención: / /	Fecha de la evaluación o del acuerdo / /	
DATOS DEL DAMNIFICADO		
Doc. de Identidad Nº:	C.U.I.L. Nº:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo
Tarea habitual:	CIUO Nº:	Antig. en empresa En la tarea
ASEGURADORA/EMP.AUTOASEGURADO:		
Código Nº:	Sinistro Nº:	
EMPLEADOR	C.U.I.T. Nº:	
Domicilio:	Tel.	
Actividad:	CIU Nº.	
AUDIENCIA		
Concurrentes a la Audiencia:		
Motivo de la presentación:		
Fecha del siniestro:	Hora:	
Establecimiento del siniestro:	y domicilio	
Sector:	Puesto o Tarea	Código Nº:
Agentes de Riesgo del puesto:		
Descripción del siniestro:		
Lesiones provocadas:		
Estudios, Tratamientos o Prestaciones en Especie otorgadas y Prestador Responsable:		
Cese de la I.L. Temporaria dado por la Aseg.: / / Motivo del cese:		
Cese o Revisión de la I.L. Permanente Provisoria por la Aseg.: / / Motivo:		
Incapacidad otorgada por la Aseg./Emp. Autoaseg. (describir)		
..... OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

Damnificado:	EXPEDIENTE Nº:	Hoja 2/2
EXAMEN FISICO:		
Miembro superior hábil:		
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADOS: (datos positivos)		
DIAGNOSTICO		
CODIGO OMS:		
Preexistencias (detallarlas y hacer el cálculo de la Capacidad Restante):		
Dificultad para desarrollar la tarea habitual (describir la causa):		
Acuerdo para Homologar o Evaluación de la ILP Provisoria: (comentarios):		
EMPLAZAMIENTO A LA ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
PLAZO:		
Observaciones de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado o del Damnificado		
FECHA DE LA PROXIMA AUDIENCIA O DE LA EMISION DE LA CONCLUSION		
Día:		Hora:
.....		
Damnificado	Médico Aseg./Emp.Autoaseg.	Asesor del Damnificado
.....		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

INSTRUCTIVO FORMULARIO F

Acta de Audiencia y/o Examen Médico para

Incapacidades Laborales Permanentes

Objetivo: Dejar constancia de lo actuado en cada Audiencia y/o Examen Médico.

Emisor: la Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

- 1) Oficina de Homologación y Visado Nro.: consignar el número de la Oficina de que se trate.
- 2) Localidad: Lugar donde se encuentra constituida la Oficina.
- 3) Fecha: indicar la fecha de emisión.
- 4) Expediente N°: indicar el número de expediente.
- 5) Fecha de Solicitud de Intervención: la del ingreso de la Solicitud a la Oficina.
- 6) Fecha de la evaluación o del acuerdo: la registrada en el formulario.
- 7) Damnificado: Completar todos los datos solicitados en el formulario.
- 8) Tarea, Código y Antigüedad: consignar la del damnificado.
- 9) ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Completar los datos.
- 10) EMPLEADOR: Completar todos los datos solicitados en el formulario.
- 11) Audiencia: Consignar los datos que se solicitan.
- 12) Cese de la ILT o de la ILP: mencionar la indicada por la ART/Empl. Autoaseg.
- 13) Incapacidad otorgada por ...: transcribir lo estimado por la Aseguradora
- 14) Expediente N°: Indicar el número ante eventuales desgloses de la hoja.
- 15) Examen físico: Realizar la descripción amplia de las anomalías.
- 16) Estudios complementarios y/o documentación presentados: Consignar los estudios, prácticas y/o interconsultas presentados y los datos relevantes de los mismos.
- 17) Diagnóstico : Detallar el diagnóstico, sin omitir el Código OMS..
- 18) Preexistencias: completar los datos requeridos.
- 19) Dificultad para desarrollar la tarea: especificar los motivos.
- 20) Acuerdo para Homologar o Evaluación de la ILP Provisoria: emitir la opinión sobre si cumple con la Ley N° 24.557.

21) Emplazamiento a la Aseguradora/Empleador Autoasegurado: Detallar los estudios y/o prácticas que deba efectuar la Aseguradora/Empleador Autoasegurado o la documentación faltante que deba presentar, a criterio de la Oficina. Indicar el plazo otorgado para la entrega de los mismos.

22) Observaciones de la ART/Empl. Autoaseg. o del Damnificado: Se registrará las manifestaciones de su conformidad o disconformidad con lo actuado.

23) Próxima Audiencia o fecha de decisión: Consignar lugar, fecha y hora a realizarse.

NOTA : firma y aclaración de ambas hojas por los asistentes a la audiencia.



FORMULARIO G

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS		
CONCLUSIONES MEDICAS		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº		Fecha / /
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE Nº:	Hoja 1/3	
Fecha de solicitud de intervención: / /	Fecha del acuerdo / /	
DAMNIFICADO		
Doc. de Identidad Nº:	C.U.I.L. Nº:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo
Tarea habitual:	CIUO Nº:	Antig. en empresa En la tarea
ASEGURADORA/EMP.AUTOASEGURADO:		
Código Nº:	Sinistro Nº:	
EMPLEADOR	C.U.I.T. Nº:	
Domicilio:	Tel.	
Actividad:	CIU Nº.	
FUNDAMENTOS		
Motivo de la presentación:		
Fecha del siniestro:	Hora:	
Establecimiento del siniestro:	y domicilio	
Sector:	Puesto o Tarea	Código Nº:
Agentes de Riesgo del puesto:		
Descripción del siniestro:		
Lesiones Provocadas:		
Estudios, Tratamientos o Prestaciones en Especie otorgadas y Prestador responsable:		
Cese de la I.L. Temporaria dado por la Aseg.: / / Motivo del cese:		
Cese de la I.L. Permanente Provisoria por la Aseg.: / / Motivo:		
Incapacidad otorgada por la Aseg./Emp. Autoaseg. (describir)		
.....		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

Damnificado:	EXPEDIENTE Nº:	Hoja 2/3
EXAMEN FISICO (/ /):		
Miembro superior hábil:		
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADOS: (datos positivos)		
DIAGNOSTICO		
CODIGO OMS:		
Preexistencias (detallarlas y hacer el cálculo de la Capacidad Restante):		
Dificultad para desarrollar la tarea habitual (describir la causa):		
Acuerdo para Homologar (comentarios:		
Emplazamientos efectuados a la ART/Autoasegurada (registrar los motivos y su cumplimiento):		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

Damnificado:		EXPEDIENTE N°:		Hoja 3/3	
CONTINGENCIAS					
ACCIDENTE DE TRABAJO: ☐		ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐			
CALCULO DE INCAPACIDAD (SEGUN ACUERDO PRESENTADO)					
Preexistencia: %		Capacidad Restante: %			
LESIONES INCAPACITANTES					PORCENTAJE
Miembro superior hábil:		5% del	%		
Subtotal					
FACTORES DE PONDERACION					
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0 a 10%)					
Intermedia (0 a 15%) Alta (0 a 20%)					% del %
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)					% del %
Edad: Menos de 21 años (0 a 4%) De 21 a 30 años (0 a 3%) De 31 y más años (0 a 2%)					
PORCENTAJE FINAL:					
TIPO: PERMANENTE		GRADO: PARCIAL		CARACTER: DEFINITIVO	
INCAPACIDAD INTEGRAL (suma de Incapacidades Incrementales): %					
PRESTACIONES EN ESPECIE (SEGUN LA EVALUACION PRESENTADA)					
Otorgadas:.....					
A Brindarse:.....					
.....					
.....					
CONCLUSION					
CORRESPONDE HOMOLOGAR:		SI ☐		NO ☐	
Motivos:					
.....					
.....					
..... OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO					

INSTRUCTIVO FORMULARIO G

Conclusión Médica para la Homologación de

Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la Homologación del Acuerdo a que han arribado las partes sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva.

Emissor: La Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

1. Oficina de Homologación y Visado Nro.: consignar el número de la OHV.
 - 2) Fecha: la de emisión del formulario.
 - 3) Expediente N°: indicar el número de expediente.
 - 4) Fecha de Solicitud de Intervención: la del ingreso de la Solicitud a la Oficina.
 - 5) Fecha del acuerdo: la registrada en el formulario.
 - 6) DAMNIFICADO: completar los datos requeridos.
 - 7) ART/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: completar los datos requeridos.
 - 8) EMPLEADOR: Completar los datos correspondientes.
 - 9) Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto de la decisión (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
 - 10) Cese de la ILT o de la ILP: mencionar la indicada por la ART/Empl. Autoaseg.
 - 11) Incapacidad otorgada por: transcribir lo estimado por la Aseguradora
 - 12) Examen Físico: indicar la fecha de realización y los datos que fundamente la Conclusión.
 - 13) Diagnóstico: especificar la lesión y la secuela con el código OMS.
 - 14) Preexistencias: indicar las mismas y la incapacidad que generan.
 - 15) Dificultad para: aclarar en que dificultan las secuelas la tarea a desarrollar.
 - 16) Acuerdo para Homologar: emitir opinión sobre el acuerdo.
 - 17) Emplazamiento: mencionar lo solicitado y el cumplimiento por parte de la ART.
 - 18) Contingencias: Señalar una de las posibles.
- CALCULO DE INCAPACIDAD (según el Acuerdo presentado)
- 19) Preexistencia y Capacidad Restante: indicarla, si corresponde.

20) Lesiones: mencionar las lesiones ponderadas por la Aseguradora.

21) Factores de ponderación y Porcentaje Final: consignar la indicado por la ART.

22) Incapacidad Integral: consignar la indicado por la ART.

23) Prestaciones en especie: Consignar las otorgadas y si correspondiera, las que se brindarán (tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional), según lo mencionado en el Acuerdo.

24) Conclusión : Se deberá definir en virtud de los fundamentos presentados si la OHV homologa o no el acuerdo de las partes, mencionando los motivos.

25) Firma con aclaración y sello de los integrantes de la Oficina de Homologación y Visado.



FORMULARIO H

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
REGISTRACION DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PROVISORIAS		
CONCLUSIONES MEDICAS		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº		Fecha / /
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE Nº:	Hoja 1/3	
Fecha de solicitud de intervención: / / Fecha de la evaluación de la incapacidad / /		
DAMNIFICADO		
Doc. de Identidad:	C.U.I.L. Nº:	
Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo
Tarea habitual:	CIUO Nº:	Antig. en empresa En la tarea
ASEGURADORA/EMP.AUTOASEGURADO:		
Código Nº:	Sinistro Nº:	
EMPLEADOR	C.U.I.T. Nº:	
Domicilio:	Tel.	
Actividad:	CIU Nº.	
FUNDAMENTOS		
Motivo de la presentación:		
Fecha del siniestro:	Hora:	
Establecimiento del siniestro:	y domicilio	
Sector:	Puesto o Tarea	Código Nº:
Agentes de Riesgo del puesto:		
Descripción del siniestro:		
Lesiones provocadas:		
Estudios de la I.L. Temporaria dad por la Aseg.: / / Motivo del cese:		
Revisión de la I.L. Permanente Provisoria por la Aseg.: / / Motivo:		
Incapacidad otorgada por la Aseg./Emp. Autoaseg. (describir)		
..... OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

Damnificado:	EXPEDIENTE Nº:	Hoja 2/3
EXAMEN FISICO (/ /):		
Miembro superior hábil:		
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADOS: (datos positivos)		
DIAGNOSTICO		
CODIGO OMS:		
Preexistencias (detallarlas y hacer el cálculo de la Capacidad Restante):		
Dificultad para desarrollar la tarea habitual (describir la causa):		
Evaluación de la ILP Provisoria por la ART/Autoasegurada (comentarios):		
Emplazamientos efectuados a la ART/Autoasegurada (registrar los motivos y su cumplimiento):		
..... OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO		

Damnificado:		EXPEDIENTE N°:		Hoja 3/3	
CONTINGENCIAS					
ACCIDENTE DE TRABAJO:		☐		ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐	
CALCULO DE INCAPACIDAD (SEGUN LA EVALUACION PRESENTADA)					
Preexistencia:		%		Capacidad Restante: %	
LESIONES INCAPACITANTES				PORCENTAJE	
Miembro superior hábil:		5% del		%	
Subtotal					
FACTORES DE PONDERACION					
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0 a 10%)					
Intermedia (0 a 15%) Alta (0 a 20%)				% del %	
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)				% del %	
Edad: Menos de 21 años (0 a 4%) De 21 a 30 años (0 a 3%) De 31 y más años (0 a 2%)					
PORCENTAJE FINAL:					
TIPO: PERMANENTE		GRADO:		CARACTER: PROVISORIO	
INCAPACIDAD INTEGRAL (suma de Incapacidades Incrementales): %					
PRESTACIONES EN ESPECIE (SEGUN LA EVALUACION PRESENTADA)					
Otorgadas:.....					
A Brindarse.....					
.....					
CONCLUSION					
CORRESPONDE REGISTRAR:		SI ☐		NO ☐	
Motivos:					
.....					
Fecha legal para establecer el carácter definitivo de la incapacidad: / /					
.....					
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO					

INSTRUCTIVO FORMULARIO H

Conclusión Médica para la Registración de las

Incapacidades Laborales Permanentes Provisorias

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 Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

1. Oficina de Homologación y Visado Nro.: consignar el número de la OHV.
 2. Fecha: la de emisión del formulario.
 3. Expediente N°: indicar el número de expediente.
 - 4) Fecha de Solicitud de Intervención: la del ingreso de la Solicitud a la Oficina.
 4. Fecha de la evaluación: la registrada en el formulario.
 - 6) DAMNIFICADO: completar los datos requeridos.
 - 7) ART/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: completar los datos requeridos.
 - 8) EMPLEADOR: Completar los datos correspondientes.
 - 9) Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto de la decisión (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
 - 10) Cese de la ILT o Revisión de la ILP: mencionar la indicada por la ART/Empl. Autoaseg. y los motivos.
 - 11) Incapacidad otorgada por....: transcribir lo estimado por la Aseguradora
 - 12) Examen Físico: fecha y los datos que fundamente la Conclusión.
 - 13) Diagnóstico: especificar la lesión y la secuela con el código OMS.
 - 14) Preexistencias: indicar las mismas y la incapacidad que generan.
 - 15) Dificultad para: aclarar en que dificultan las secuelas la tarea a desarrollar.
 - 16) Evaluación de ILP Provisoria: emitir opinión sobre la misma.
 - 17) Emplazamiento: mencionar lo solicitado y el cumplimiento por parte de la ART.
 - 18) Contingencias: Señalizar una de las posibles.
- CALCULO DE INCAPACIDAD (según el Acuerdo presentado)
- 19) Preexistencia y Capacidad Restante: indicarla, si corresponde.

20) Lesiones: mencionar las lesiones ponderadas por la Aseguradora.

26) Factores de ponderación y Porcentaje Final: consignar la indicado por la ART.

27) Incapacidad Integral: consignar la indicado por la ART.

21) Prestaciones en especie: Consignar las otorgadas y si correspondiera, las que se brindarán (tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional), según lo mencionado en la Evaluación.

22) Conclusión : Se deberá definir en virtud de los fundamentos presentados si la OHV procede a registrar o no la evaluación sobre la ILP Provisoria, mencionando los motivos.



FORMULARIO I

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO N° LOCALIDAD	FECHA DE INICIO
CARATULA DE EXPEDIENTE N°:	
Folios iniciales:	
DAMNIFICADO:	C.U.I.L. N°:
ASEG./EMP.AUTOASEG.:	CODIGO N°:
EMPLEADOR:	C.U.I.T. N°:
TIPO DE TRAMITE SOLICITADO:	
☐ HOMOLOGACION DE I.L.P. PARCIALES DEFINITIVAS	
☐ REGISTRO DE I.L.P. PROVISORIAS	
☐ FISCALIZADO EXAMEN PREOCUPACIONAL	
☐ VISADO EXAMEN PREOCUPACIONAL	
☐ REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS EN SALUD	
VISADO ☐ FISCALIZADO ☐	
Expediente asignado al Doctor :	
Observaciones:.....	
.....	
.....	

INSTRUCTIVO FORMULARIO I

Carátula de Expediente

Objetivo

Registrar la información del inicio del Expediente.

Emisor

Oficina de Homologación y Visado.

Original: Para el expediente.

Contenido

1. Oficina de Homologación y Visado N°: consignar el número de la OHV de que se trate.
2. Localidad: La correspondiente a la OHV.
3. Fecha: Fecha de apertura del Expediente.
4. CARATULA DE EXPEDIENTE N°: Número de Expediente asignado.
5. Folios iniciales: Cantidad de folios que contenga la presentación.
6. Damnificado: Completar los datos requeridos.
7. Aseguradora/Emp. Autoaseg.: Completar los datos requeridos.
8. Empleador: Completar los datos requeridos.
9. Tipo de Trámite Solicitado: Indicar el que corresponda.
10. Expediente asignado al Doctor: Nombre del profesional que tendrá a su cargo el expediente.
11. Observaciones: de existir indicarlo en este espacio.

FORMULARIO J

OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº		
LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACION A INCORPORAR		
Expediente Nº:		
Nº	TIPO	PRESENTADA
1.	Solicitud de Intervención	
2.	Documento de Identidad del Damnificado	
3.	Poder o Autorización de la Aseguradora/Emp.Autoaseg.	
4.	Historia Clínica de la contingencia	
5.	Estudios Complementarios	
6.	Denuncia de la Contingencia	
7.	Notificación del Cese de la I.L.T.	
8.	Notificación de la Incapacidad al trabajador y empleador	
9.	Acuerdo para Homologar una I.L.P. Parcial Definitiva	
10.	Evaluación de la I.L.P. Provisoria	
11.	Historia Clínica Laboral del Trabajador	
12.	Exámenes Médicos en Salud	
13.	Dictámenes de Incapacidad previos	
14.	Relevamiento de Agentes de Riesgo	
15.	Estudio de Contaminantes Laborales	
16.	Informe del Área de Prevención sobre el ámbito laboral	
17.	Otros :	

INSTRUCTIVO FORMULARIO J

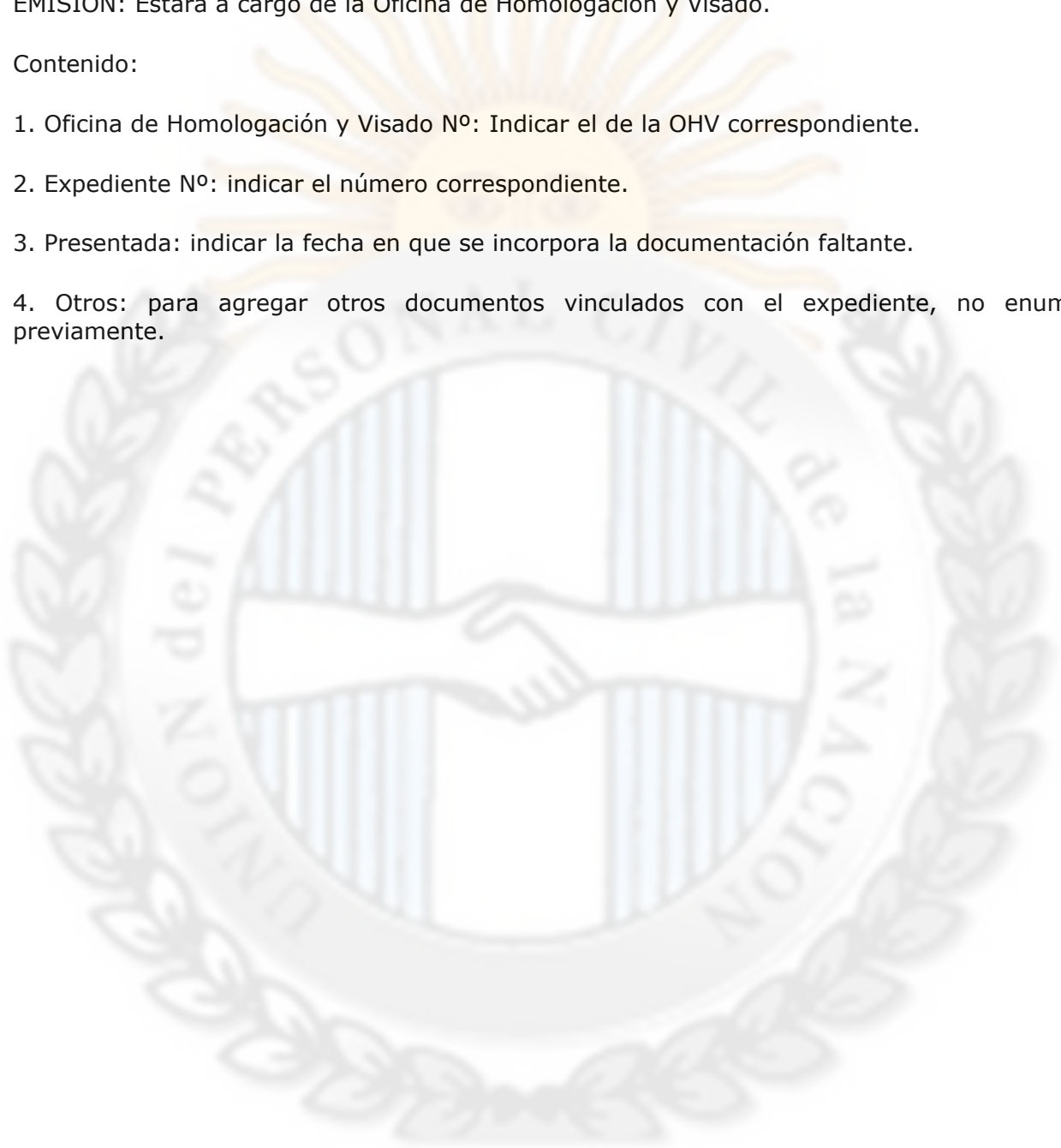
Lista de Chequeo de Documentación a incorporar

OBJETIVO: Constituir una guía de ayuda a fin de permitir el control de la incorporación de documentación, con el detalle de las fechas en que se produjo dicha agregación.

EMISION: Estará a cargo de la Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

1. Oficina de Homologación y Visado N°: Indicar el de la OHV correspondiente.
2. Expediente N°: indicar el número correspondiente.
3. Presentada: indicar la fecha en que se incorpora la documentación faltante.
4. Otros: para agregar otros documentos vinculados con el expediente, no enumerados previamente.



FORMULARIO K

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO CONSTANCIA DEL RECHAZO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO

FECHA: / /

Nº:

ASEGURADORA/EMP. AUTOASEG.:

APELLIDO Y NOMBRE DEL DAMNIFICADO:

C.U.I.L. Nº:

Se procede a rechazar la Solicitud de Intervención presentada en la fecha por no estar acompañada de la documentación que se indica más abajo, considerándola necesaria para la iniciación del trámite.

DOCUMENTACION FALTANTE

a) Solicitud de Intervención presentada por la Aseguradora/Emp. Autoasegurado incompleta que impide identificar a las partes.	
b) Solicitud de Intervención sin la firma y/o la aclaración del representante de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.	
c) Acuerdo para la homologación sin la firma de alguna de las partes.	
d) Acuerdo para la homologación firmado "en disconformidad" por el damnificado.	
e) Acuerdo para la homologación en el que figura un porcentaje del 0% o una Incapacidad Laboral Permanente Total.	
f) Acuerdo para la homologación en los que falta el cálculo de la incapacidad estimada por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.	
g) Solicitud de Intervención no acompañada del Acuerdo para la Homologación.	
h) Evaluación de la ILP Provisoria sin la firma de alguna de las partes.	
i) Evaluación de la ILP Provisoria firmado "en disconformidad" por el damnificado.	
j) Formulario de Evaluación de la Incapacidad en el que falta el cálculo de Incapacidad estimada por la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.	
k) Solicitud de Intervención que no está acompañada del Formulario de Evaluación de la Incapacidad.	
l) Solicitud de un trámite no contemplado en el Manual de Procedimientos.	

Oficina de Homologación y Visado

INSTRUCTIVO FORMULARIO K

Constancia del Rechazo de la Solicitud de Intervención

Objetivo

Constancia escrita que se envía a la Aseguradora / Empleador Autoasegurado informando el rechazo del trámite presentado por la carencia de documentación.

Emisor

Oficina de Homologación y Visado.

Contenido

1. Fecha: la correspondiente a la de emisión del formulario.
2. Expediente N°: referencia al trámite.
3. Aseguradora/Emp. Autoasegurado: completar con los datos solicitados.
4. Damnificado: completar datos solicitados.
5. CUIL N°: indicar el del damnificado.
6. Documentación faltante: indicar en el casillero correspondiente, la documentación que falte para la continuidad del trámite. En caso de no figurar dentro de los indicados, agregar indicando expresamente la documentación.

FORMULARIOS E INSTRUCTIVOS

PARA

EXAMENES MEDICOS EN SALUD

FORMULARIO 1

NOTA DEL EMPLEADOR

Lugar y Fecha:

Sres. Oficina de Homologación y Visado

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds., con el fin de remitirles la documentación para iniciar un trámite de Visado/Fiscalizado del examen médico en salud que se acompaña y a su vez, para informales que el abajo firmante en representación de la empresa/aseguradora, con domicilio en, autoriza al Dr., con Matrícula Profesional N° y Matrícula como Médico del Trabajo N° , DNI/LE/LC N° , a gestionar y rubricar los formularios que correspondan como parte de la firma mencionada precedentemente, en todos los trámites necesarios para registrar las secuelas incapacitantes detectadas en los exámenes médicos en salud.

Se adjuntan a la presente:

- Solicitud de intervención
- Fotocopia del DNI del postulante
- Protocolo del examen físico
- Protocolos y medios gráficos de estudios complementarios de rutina y sobre los Agentes de Riesgo
- Antecedentes de incapacidades sobre el postulante
- Aptitud emitida por el Médico del Trabajo
- Notificación de las secuelas al postulante

Firma y sello:

Aclaración:

DNI/LE/LC:

Cargo:

FORMULARIO 2

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

SOLICITUD DE INTERVENCION

Para el Registro de Secuelas Incapacitantes detectadas en Exámenes Médicos en Salud
Datos a completar por el Empleador o la Aseguradora/Empleador Autoasegurado

HOJA 1/2

Lugar:

Fecha: / /

Por la presente se solicita el Registro de las Secuelas Incapacitantes halladas en el examen realizado con fecha / /

Trámite solicitado:

VISADO

☐

FISCALIZADO

☐

Tipo de Examen Médico:

PREOCUPACIONAL

☐

PERIODICO

☐

PREVIO C/DE TAREA

☐

AUSENCIA PROLONGADA

☐

EGRESO

☐

TRABAJADOR:

CUIL Nº: DNI: Sexo: F. de Nac.:/...../.....

Domicilio:

Localidad: Provincia: CP: Tel:

EMPLEADOR: CUIT Nº:

Domicilio: Localidad: CIIU:

Provincia: CP: Tel:

Establecimiento donde trabajará:

ASEGURADORA: Código:

Tarea (propuesta / actual): CIUO:

Agentes de Riesgo (en el puesto de trabajo):

.....

*** Inicialar por las partes.**

CUIL N°: HOJA 2/2

SECUELAS ANATOMOFUNCIONALES CON SUS LIMITACIONES/OTROS HALLAZGOS:

a)

..... Código OMS:

b)

..... Código OMS:

c)

..... Código OMS:

d)

..... Código OMS:

e)

..... Código OMS:

Estudios aportados (que confirman las secuelas/hallazgos):

.....

.....

Antecedentes de Incapacidades previas:

.....

.....

.....
Médico del Trabajo del
Empleador

.....
Trabajador

.....
Médico del Trabajo
de la Aseg.
/ Emp.Autoaseg.

INSTRUCTIVO FORMULARIO 2

Solicitud de Registro de Secuelas Incapacitantes reveladas en los Exámenes Médicos en Salud

OBJETIVO: Registrar en la solicitud los datos de las partes y las secuelas incapacitantes detectadas en los Exámenes Médicos en Salud.

EMISION: Estará a cargo del Empleador o de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.

Contenido:

1. Lugar y fecha: Indicar la localidad, día, mes y año en que se realice.
2. "...realizado con fecha...": Fecha en que se realizó el examen o de los últimos estudios complementarios.
3. Trámite solicitado: marcar el que corresponda (en el caso que la secuela requiera comprobarse con un examen físico, se deberá marcar el Fiscalizado).
4. Tipo de examen: marcar el que corresponda.
5. Trabajador: completar los datos solicitados.
6. Empleador: completar los datos solicitados.
7. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: completar los datos solicitados
8. Tarea: mencionar el puesto o actividad que desarrolla/rá el trabajador en la empresa y para el cual se le otorgó la "aptitud" en el examen.
9. Agentes de Riesgo: indicar todos los existentes en el puesto laboral.
10. CUIL N°: para el caso de desglose del expediente
11. Secuelas Anatómofuncionales con sus limitaciones: Indicar el nombre de las secuelas y el grado de limitación.
12. Estudios aportados: mencionar los estudios que acompañan a la solicitud y que demuestran las secuelas enunciadas en la presentación.
13. Antecedentes: mencionar las Incapacidades previas al examen preocupacional que figuren en Dictámenes anteriores, el número de los mismos y el Organismo emisor.
14. Firmas: del Médico del Trabajo del Empleador, del trabajador y del Médico del trabajo de la Aseguradora / Empleador Autoasegurado.

FORMULARIO 3

NOTIFICACION AL TRABAJADOR DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS EN LOS EXAMENES MEDICOS EN SALUD

Lugar y Fecha:

Trabajador:

DNI/LE/LC:

CUIL:

Tipo de Examen Médico:

PREOCUPACIONAL ☐

PERIODICO ☐

PREVIO C/DE TAREA ☐

AUSENCIA PROLONGADA ☐

EGRESO ☐

En el día de la fecha me notifico de las siguientes secuelas detectadas en el examen médico en salud realizado con fecha / / :

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Firma del Médico del Trabajo:

Sello aclaratorio

Firma del trabajador:

Aclaración:

*** ENTREGAR COPIA AL POSTULANTE**

FORMULARIO 4

CONSTANCIA DE APTITUD DEL POSTULANTE

Lugar y fecha

Sr. Empleador:

Postulante:

CUIL o DNI/LC/LE:

Tareas propuestas:

Por lo presente, se informa que sobre la base de los resultados obtenidos en el examen médico preocupacional realizado el / / al postulante mencionado precedentemente y de las tareas propuestas mencionadas por Ud., se concluye que el mismo se encuentra:

APTO ☐ SIN ☐ CON ☐ PREEXISTENCIAS

NO APTO ☐

.....
Firma y sello del
Médico del Trabajo del empleador

FORMULARIO 5

CONSTANCIA DE DOCUMENTACION INCORPORADA			
Expediente Nº:		Fecha:	
	TIPO	PRESENTADA	A PRESENTAR
1.	Solicitud de Registración		
2.	Nota del empleador		
3.	Documento de Identidad del Damnificado		
4.	Ficha de Examen Físico		
5.	Protocolos de los estudios complementarios		
6.	Registros gráficos de los estudios complementarios		
7.	Notificación de los hallazgos al Trabajador		
8.	Aptitud otorgada por el Médico del Trabajo		
9.	Exámenes Médicos en Salud previos		
10.	Dictámenes de Incapacidades previos		
11.	Otros		

NOTA: Se le notifica que deberá presentar la documentación faltante marcada como "a presentar" en un plazo de 48 hs. a partir de la fecha de iniciado el presente trámite

.....
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO

FORMULARIO 6

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO		
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO Nº	Fecha	
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE Nº:		Hoja 1/2
PARTE A NOTIFICAR:		
MOTIVO DE INTERVENCION DE LA OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO (Marcar lo que corresponda)		
Fiscalizado de Examen Preocupacional	☐	
Registro del Examen Médico en Salud	☐	
DATOS DEL TRABAJADOR		
Apellido y Nombre:	C.U.I.L./DNI Nº:	
Domicilio	Localidad	
Provincia:	C.P.	Tel.
DATOS DEL EMPLEADOR O DE LA SEGUADORA		
Nombre:	Código Nº:	
Domicilio Legal:	Localidad	
Provincia:	C.P.	Tel.
DATOS DEL EMPLEADOR		
Razón Social:	C.U.I.T. Nº	
Domicilio Legal:	Localidad	
Provincia:	C.P.	Tel.
Domicilio administrativo:	Localidad:	
Provincia:	C.P.	Tel.
Actividad principal del Establecimiento:		

EXPEDIENTE Nº:

CUIL:

Notificamos a Ud. que:

Deberá presentarse el día / / , a las horas en
para Audiencia y/o Examen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la Solicitud de Intervención de esta Oficina de Homologación y Visado. Asimismo, se le **INTIMA** a presentar los antecedentes del caso y en especial:

Bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (Ley 24.557)

EL EMPLEADOR SERA EL RESPONSABLE DEL AVISO Y DEL TRASLADO DEL POSTULANTE A LA AUDIENCIA Y PODRA, ASIMISMO, INFORMAR A LA ASEGURADORA, PARA QUE CONCURRA A LA MISMA.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Sello

INSTRUCTIVO FORMULARIO 6

Notificación para Audiencia y/o examen médico

Objetivo: Citar fehacientemente a las partes, para efectuar la audiencia y/o examen médico e intimarlas a presentar los antecedentes del caso.

Emisor: El emisor de este formulario es la Oficina de Homologación y Visado.

Contenido:

13. Oficina de Homologación y Visado Nro.: consignar el número de la Oficina de que se trate.
14. Fecha: indicar la fecha de emisión.
15. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Oficina de Homologación y Visado.
16. Expediente Nº: indicar el número de expediente.
17. Parte a notificar: Indicar a quien está dirigida la notificación
18. Motivo de intervención de la Oficina de Homologación y Visado: consignar según la Solicitud de Intervención.
19. Datos del damnificado: Completar todos los datos requeridos.
20. Datos de ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Completar todos los datos requeridos.
21. Datos del empleador: Completar todos los datos requeridos.
22. Deberá presentarse: tachar lo que no corresponda.
23. Indicar el día, mes, año y hora en que el notificado deberá presentarse en la Oficina de Homologación y Visado. Se consignará asimismo la documentación que deba presentarse.
24. La Notificación debe ser firmada por el Coordinador de la Oficina de Homologación y Visado.

FORMULARIO 7

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

CONCLUSION MEDICA

Para el Registro de Secuelas Incapacitantes detectadas en Exámenes Médicos en Salud

HOJA 1/2

OFICINA HOMOLOGACION Y VISADO:

LOCALIDAD:

EXPEDIENTE Nº:

FECHA: / /

Fecha de solicitud de iniciación del trámite: / /

Fechas del examen: / / y de la notificación del resultado al trabajador: / /

Trámite:

VISADO ☐

FISCALIZADO ☐

Tipo de Examen Médico: Preocupacional ☐

Periódico ☐

Previo a c/ de tarea ☐

Ausencia prolongada ☐

Egreso ☐

Trabajador:

C.U.I.L. Nº: DNI - LE - LC - CI :

Domicilio: Localidad:

Provincia: C.P.: Tel.:

Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: M ☐ F ☐

Empleador: C.U.I.T. Nº:

Domicilio: Localidad:

Provincia: C.P.: Tel.: CIU Nº:

ASEGURADORA: CODIGO:

Domicilio: Localidad:

Provincia: C.P.: Tel.:

Tarea o Puesto de trabajo: CIUO Nº:

Agentes de Riesgo:

.....

.....
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO

CONCLUSION MEDICA

SECUELAS ANATOMOFUNCIONALES CON SUS LIMITACIONES/OTROS HALLAZGOS
DETECTADOS:

- a) Código:.....
b) Código:.....
c) Código:.....
d) Código:.....
e) Código:.....

Estudios Complementarios (describir el tipo de estudio y la secuela):.....
.....

Antecedentes de Incapacidades previas:
.....

Argumentación del médico de la autoridad laboral:
.....

.....
Médico del Trabajo del Empleador

.....
Trabajador

.....
Médico del Trabajo de la Aseg./Emp.Autoaseg.

.....
OFICINA DE HOMOLOGACION Y VISADO

INSTRUCTIVO FORMULARIO 7

Exámenes Médicos en Salud

Registro de secuelas incapacitantes

Objetivo: Fijar los fundamentos técnicos para el trámite.

Emisor: El emisor de este formulario es la Oficina de Homologación y Visado

Contenido:

1. Oficina de Homologación y Visado N°: Indicar la interviniente.
2. Localidad: lugar donde está ubicada la OHV emisora.
3. Expediente: indicar el correspondiente.
4. Fecha: indicar la fecha de emisión del formulario.
5. Fecha de solicitud de iniciación del trámite: consignar la fecha de iniciación del trámite.
6. Fechas del examen: consignar la fecha de realización del mismo.
7. Fecha de la notificación del resultado al trabajador: fecha que figura de la notificación de los resultados al trabajador.
8. Trámite solicitado: marcar el que corresponda (en el caso que la secuela requiera comprobarse con un examen físico, se deberá marcar Fiscalizado).
9. Tipo de examen: marcar el que corresponda.
10. Trabajador: completar los datos solicitados.
11. Empleador: completar los datos solicitados
12. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: completar los datos solicitados
13. Tarea o Puesto de Trabajo: mencionar el puesto o actividad que desarrolla/rá el trabajador en la empresa y para el cual se le otorgó la "aptitud" en el examen.
14. Agentes de Riesgo: indicar todos los existentes en el puesto laboral.
15. Expediente N°: para el caso de desglose del expediente.
16. Secuelas Anatómofuncionales con sus limitaciones: Indicar el nombre de las secuelas y el grado de limitación.
17. Estudios aportados: mencionar los estudios que acompañan a la solicitud y que demuestran las secuelas enunciadas en la presentación.
18. Antecedentes: mencionar las Incapacidades previas al examen que figuren en Dictámenes anteriores, el número de los mismos y el Organismo emisor.

19. Argumentación del médico de la autoridad laboral: explicar los motivos que modifiquen, confirmen o nieguen las secuelas incapacitantes.

Firmas: del profesional de la Oficina de Homologación y Visado y del resto de los presentes, si correspondiese.



FORMULARIO 8

LISTADO DE DOCUMENTACION A INCORPORAR		
Expediente Nº:		
	TIPO	PRESENTADA
1.	Solicitud de Registración	
2.	Nota del Empleador	
3.	Documento de Identidad del Damnificado	
4.	Ficha de Examen Físico	
5.	Protocolos de los estudios complementarios	
6.	Registros gráficos de los estudios complementarios	
7.	Notificación al Trabajador de los hallazgos anatomofuncionales	
8.	Aptitud otorgada por el Médico del Trabajo	
9.	Exámenes Médicos en Salud previos	
10.	Dictámenes de Incapacidad previos	
11.	Otros:	

FORMULARIO 9

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO CONSTANCIA DEL RECHAZO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO

FECHA: / /

Nº:

ASEG./EMP.AUTOASEG.:

APELLIDO Y NOMBRE DEL TRABAJADOR:CUIL Nº:

EMPLEADOR: CUIT Nº:

Se procede a rechazar la Solicitud de Intervención presentada en la fecha por no estar acompañada de la documentación que se indica más abajo, considerándola necesaria para la iniciación del trámite.

DOCUMENTACION FALTANTE

a) Solicitud de Intervención incompleta que impide identificar a las partes.	
b) Solicitud de Intervención sin la firma del médico del Empleador o médico de la Aseguradora.	
c) Solicitud de Intervención en la que no figuren las secuelas anatomofuncionales.	
d) Solicitud de Intervención que no está acompañada de la ficha del examen físico y/o los protocolos de estudios complementarios que avalen las secuelas.	
e) Solicitud de un trámite no contemplado en el Manual de Procedimientos.	

Intervención Oficina Homologación y Visado