

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

**ANEXO B**

<b>SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</b>	
<b>SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE</b>	
<b>COMISION MEDICA N°</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>FECHA</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>LOCALIDAD</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>EXPEDIENTE N°:</b>	
<b>MOTIVO DE LA PRESENTACION</b>	
Silencio de la Aseguradora <input style="width: 50%;" type="text"/>	Divergencia en la ILT o ILP <input style="width: 50%;" type="text"/>
Rechazo de la denuncia <input style="width: 50%;" type="text"/>	Divergencias en las prestaciones <input style="width: 50%;" type="text"/>
<b>DATOS DEL DAMNIFICADO</b>	
Apellido y Nombre:	C.U.I.L. N°:
Domicilio:	Localidad:
Domicilio Constituído:	
Provincia:	C.P.:
Sexo:	T.E.:
DNI N°:	Fecha de nacimiento:    /    /
Lee y escribe: SI / NO    Miembro hábil: Der./ Izq.	Fecha de ingreso al establecimiento:    /    /
Tarea/s habitual/es del trabajador:	Antigüedad en la tarea:
Tarea en el momento del siniestro:	Código N°:
Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno	Horario que cumple habitualmente:
<b>DATOS DE ASEGURADORA / EMPLEADOR AUTOASEGURADO</b>	
NOMBRE:	CODIGO N°:
DOMICILIO LEGAL :	
SINIESTRO N° :	
<b>DATOS DEL EMPLEADOR</b>	
Razón Social:	C.U.I.T N°:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Provincia:	T.E.:
Actividad principal del establecimiento:	Código N°

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

DATOS DEL SINIESTRO			
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	
Fecha (*):    /    /	Hora inicio jornada:	Hora del accidente:	
Lugar del accidente:	Establecimiento:	CUIT:	
Sección:			
Domicilio:			
Localidad:	C.P.:	T.E.:	
Provincia:			
Breve relato de las circunstancias:			
Diagnóstico: (según certificado de atención)			
(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.			
IN ITINERE <input type="checkbox"/>	Denuncia policial SI / NO	Nº:	Comisaría:
Testigos:	1º) Nombre y Apellido:	Doc. Ident.Nº:	
	2º) Nombre y Apellido:	Doc. Ident.Nº:	
DATOS DEL PRESTADOR			
Nombre:		T.E.:	
Domicilio:	Localidad:	C.P.:	Pcia.:
<b>FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE:</b>			
En calidad de:			
<b>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b>			

## INSTRUCTIVO ANEXO B

### Solicitud del Trabajador o Derechohabiente

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

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige el trabajador.
2. **Fecha:** Consignar la fecha de presentación.
3. **Expediente:** Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. **Motivo de la presentación:** Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según la Ley de Riesgos del Trabajo y su reglamentación.
5. **Datos del damnificado:** Consignar:
  - **Apellido y nombre:** consignar el que corresponda, omitiendo iniciales.
  - Número de C.U.I.L. del damnificado.
  - **Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono:** Consignar todos los datos del domicilio en que el damnificado fije su residencia a los efectos de recibir notas, citaciones, notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
  - **Domicilio Constituído:** En caso que el damnificado fije su residencia en el domicilio de su Apoderado y/o Abogado, a los efectos de recibir notas, citaciones, notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
  - **Sexo:** Consignar sexo del damnificado.
  - Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
  - **Fecha de nacimiento:** indicar la del damnificado.
  - **Lee y escribe:** Consignar lo que corresponda.
  - **Miembro hábil:** Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.
  - **Fecha de ingreso al establecimiento:** Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y / o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.
  - **Tarea/s habitual/les del Trabajador:** Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
  - **Antigüedad en la tarea:** Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.
  - **Tarea en el momento del siniestro - Código N°:** Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro y el código internacional.
  - **Turno habitual:** Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.
  - **Horario que cumple habitualmente:** Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro
6. **Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:**
  - **NOMBRE - CÓDIGO N°:** Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado según habilitación concedida por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
  - **Domicilio Legal:** Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. Este domicilio se tendrá válido para los casos de citaciones, notificaciones o cualquier tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.

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

- **Siniestro:** Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado
7. **Datos del Empleador:**
- **Razón Social:** Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
  - **C.U.I.T.:** Consignar C.U.I.T. del Empleador.
  - **Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono:** Consignar la ubicación del establecimiento.
  - **Actividad principal del establecimiento - Código N°:** Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I.
8. **Datos del Siniestro:**
- **Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional:** Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
  - **Fecha del siniestro:** Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, indicar la fecha de la primera manifestación invalidante.
  - **Hora de inicio de la jornada - hora del accidente.** Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
  - **Lugar del accidente:** Indicar Nombre del Establecimiento, Sección, CUIT, Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y Teléfono del lugar del accidente.
  - **Breve relato de las circunstancias:** Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
  - **Diagnóstico (según certificado de atención):** Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
  - **In-itinere:** Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial y los datos que hacen a la denuncia policial del hecho.
  - **Denuncia Policial:** Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.
  - **Testigos:** Consignar los datos de dos testigos del siniestro (si los hubiera).
9. **Datos del Prestador:** Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.
10. **Firma y aclaración del solicitante:** Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y, si es en calidad de derechohabiente, aclararlo.
11. **Firma y sello del profesional de la salud:** Consignar nombre y apellido del profesional de la salud interviniente y poner su correspondiente sello con número de matrícula.