

MEMORANDO Nº 006/2011.-

DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS - AREA FACTOR HUMANO

De: DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

PARA: DIR. GRAL. NIVEL INICIAL Y PRIMARIO – DIR. GRAL. EDUC. MEDIA – DIR. GRAL. ENSEÑANZA DE ADULTOS – DIR. GRAL. EDUCACIÓN TÉCNICA Y FORMACIÓN PROFESIONAL – DIR. GRAL. EDUC. SUPERIOR – DIR. GRAL. RÉGIMENES ESPECIALES – DIR. GRAL. INST. PRIV. DE ENSEÑANZA – DIR. GRAL. INFRAESTRUCTURA ESCOLAR – DIR. GRAL. DE PLANEAMIENTO EDUCATIVO Y ESTADÍSTICAS – DIR. DE SISTEMAS – DIR. ASUNTOS LEGALES – DIR. COORD.. ASUNTOS LEGALES – OF. PERSONAL AREA CENTRAL– DIR. GRAL. ADMINISTRACIÓN – SUBSECRETARIA DE PROMOCION DE IGUALDAD Y CALIDAD EDUCATIVA – SECRETARIA DE EDUCACIÓN – SECRETARIA DE GESTION ADMINISTRATIVA – SECRETARIA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Fecha: 19.09.2011

Asunto: MODALIDAD Y FORMA DE ENVIO DE INFORMACIÓN POR ACCIDENTES E TRABAJO

COMUNICAR, a Uds. Que atento expresas instrucciones recibidas de la Dirección General de Personal de la Provincia con relación a la documental a enviar en caso de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, y dada la necesidad de un estricto logro de las pautas para poder cumplimentar con los aspectos administrativos y legales del Autoseguro de Riesgos de Trabajo, se envía adjunto a la presente, cartilla (compuesta de 11 fojas) suministrada por la Oficina de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales del Gobierno de la Provincia de Córdoba, en la que se detalla: actores involucrados en el proceso, procedimientos a seguir, y documentación a enviar.

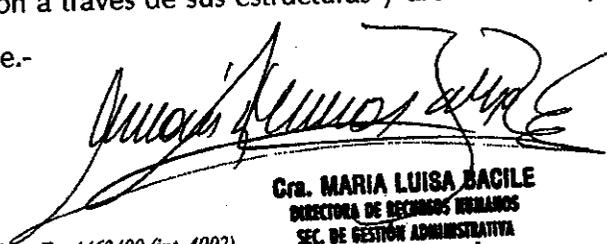
Cabe aclarar que siendo que existe un plazo de diez (10) días corridos a los fines de un eventual rechazo del siniestro por parte de la oficina de Autoseguro, se torna de extrema necesidad cumplimentar con todos y cada unos de los requisitos con una antelación prudencial, a la anteriormente establecida a los fines de la valoración de las mismas por parte de esta.

La información debe ser remitida en forma directa a la Oficina de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales sito en calle Ituzaingo Nº 1015 – Córdoba – (CP. 5000) – TEL/FAX (0351 468-0845 /468-0848) – DENUNCIAS: 0800-888-1848 – CONSULTAS: 0800-555-0848.

El cumplimiento de lo expresado precedentemente, es exclusiva responsabilidad de cada Dirección, la cual deberá canalizar la información a través de sus estructuras y áreas de manejo de personal tanto de escalafón general como docente.-

Atte.-

Cba. 15/09/2011

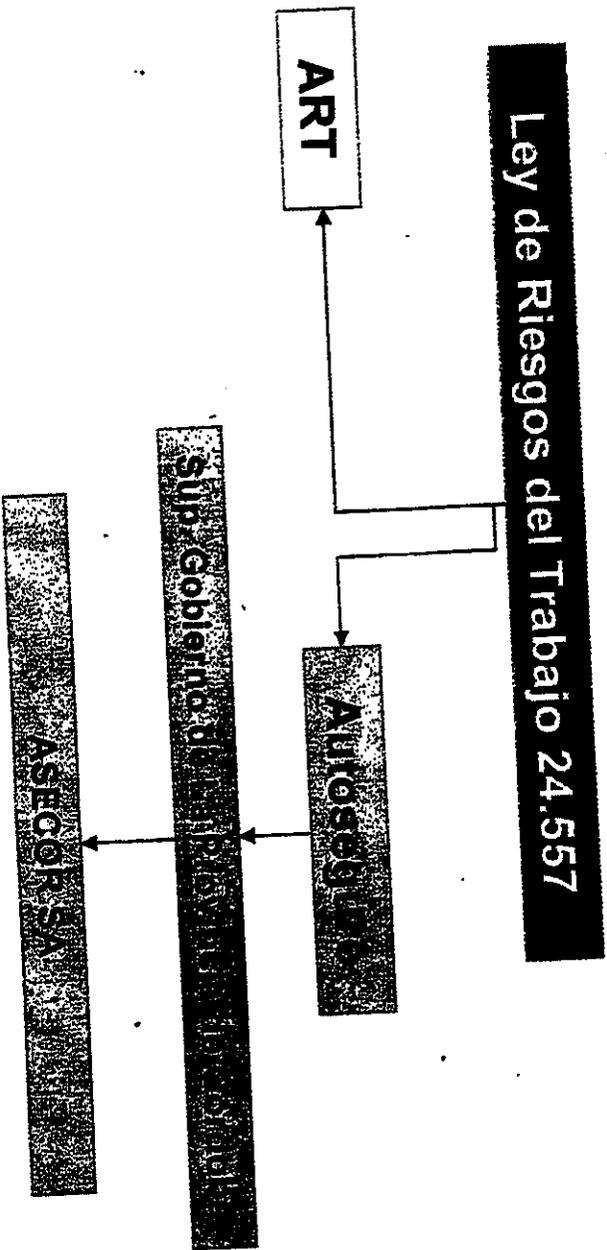


Gr. MARIA LUISA BACILE
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS
SEC. DE GESTION ADMINISTRATIVA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Oficina de Accidentes de Trabajo y Enfermedades
Profesionales del Gobierno de la Provincia de Córdoba

**Aspectos Administrativos y Legales del
Autoseguro de Riesgos del Trabajo**

Autoseguro de Riesgos del Trabajo



Cobertura del Autoseguro

- Atención médica y/o asistencial por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes in itinere; a través de la red de prestadores médicos vinculados al autoseguro.
- Prestaciones en especie: Gastos de farmacia, fisioterapia, rehabilitación, recalcificación profesional y servicios funerarios.
- Traslados desde y hacia el prestador médico.
- Prestaciones dinerarias por incapacidad determinada por la Comisión Médica.
- Indemnización por fallecimiento vinculado a un accidente de trabajo.

Procedimiento de Denuncia. Res 717/96

Sujetos habilitados para efectuar la Denuncia

- El empleador y/o superior jerárquico del empleado damnificado.
- El trabajador damnificado.
- Los derechohabientes del trabajador damnificado.
- El sindicato al cual pertenece.
- Cualquier persona que hubiere tenido noticia de la contingencia.

Sujetos habilitados recibir la denuncia.

- En la ART o la oficina dispuesta a tal efecto por el empleador autoasegurado, en nuestro caso la Oficina de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, a cargo de Asesores de Córdoba SA.
- El Prestador de servicios habilitado por la ART o el Empleador Autoasegurado, en nuestro caso los prestadores determinados por el APPROSS – Red COSEME.

Procedimiento de Denuncia. Res 717/96

Plazos para efectuar la Denuncia

- El trabajador debe hacer la denuncia al empleador en forma inmediata, en la medida que su condición médica lo permita.
- El empleador debe denunciar el siniestro ante la ART o la oficina dispuesta por el Autoasegurado, dentro de las 48 Hs hábiles de haber tomado conocimiento del mismo.

Recepción de la Denuncia

- El empleador, la ART, el Prestador Médico habilitado y/o la Oficina del Autoseguro, deben recibir la denuncia, en todos los casos y otorgar constancia de ella.
- Desde el momento en que se recibe la denuncia, el trabajador deberá recibir la inmediata atención médica. Esto es, con independencia de su posterior aceptación o rechazo.
- El rechazo de la denuncia, deberá ser notificado por escrito al damnificado.

Plazo para el rechazo de la Denuncia

- La ART o la oficina dispuesta por el Autoseguro dispone de un plazo de 10 días corridos para el rechazo de la denuncia. Este plazo puede extenderse en 20 días, cuando existan razones objetivas que imposibiliten el conocimiento acabado de la pretensión. El silencio se entenderá como aceptación de la denuncia.

Denuncia de Sinistro / Enfermedad

Empleador

Trabajador

Enfermedad

- Que tipo de Enfermedad/Patología
- Fecha de la primera manifestación Invalidante (PMI)
- Datos personales
- Lugar de Trabajo

Accidente

- Hechos:
- ¿Qué Ocurrió?
- ¿Cómo Ocurrió?
- ¿Dónde Ocurrió?
- ¿Cómo Ocurrió?
- Datos personales del accidentado.
- Datos completos del lugar de trabajo.
- Testigos del hecho, si los hubiere.
- Lugar y certificación de la primer asistencia médica.
- Denuncia policial si correspondiere.

?

¿Dónde Ocurrió?



Documentación a presentar

- Actuaciones administrativas que se hubieren labrado en las que conste modo, tiempo, lugar y personas vinculadas al hecho (festigos presenciales si los hubiere)
- Situación de revista del empleado: horario, funciones asignadas (en especial las tareas y actividades asignadas al momento de ocurrido el siniestro), lugar de prestación de sus tareas.
- Último domicilio denunciado del agente ante la Administración Pública Provincial, a la fecha del Siniestro.
- Fotocopia autenticada del libro de asistencia del día del hecho, dónde se registra el horario de ingreso y egreso del agente.
- Copia autenticada del formulario de denuncia.
- Actuaciones sumariales si las hubiera.

EMPLEADOR

SUP. GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
 CUIT: 30-65313950-7 - Ituzaingó 1350 - Córdoba - CP 5000 - Córdoba
 Contrato N° CIU:

Nombre del establecimiento de la detección de la Enfermedad Profesional: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 CP: _____ Tel: _____ Código Establecimiento: _____ CIU: _____
 Superior Inmediato: _____ Tel: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ Tipo y N° de Documento: _____
 CUIL: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo M F
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 CP: _____ Tel: _____ Fecha de ingreso en la empresa: _____
 Situación contractual: _____ Fecha último examen periódico: _____
 Jornada habitual (Desde/Hasta): _____ Antigüedad: _____
 Puesto de trabajo en el momento de la detección de Enfermedad Profesional: (C.I.U.O) _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha: _____ Fecha de inicio de la Inasistencia laboral: _____

Descripción de la EP		Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)*	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Contaminante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						
Agente Contaminante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						
Agente Contaminante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (Códigos de detección de Enfermedad)

Examen Preocupacional	P	Ausencia Prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de Trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Amb. Pub. no Hospit.	M	Prestación ART	B

DATOS DEL PRESTADOR MÉDICO

Centro Asistencial: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____ Tel: _____

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

AL MINISTERIO DE
Director de RR.HH.
Sr.
S _____ / _____ D _____

Córdoba, 25 de Agosto de 2011.

Siniestro N°: S9999
Perez, Juan
DNI: 11.111.111

De mi mayor consideración:

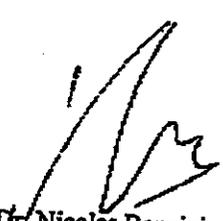
Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle con carácter URGENTE se sirva remitir a la Dirección General de Personal, a cargo del Lic. Maceira, en un plazo máximo de 72 hs. hábiles, la siguiente información:

1. Actuaciones administrativas que se hubieren labrado dentro de ese ámbito, en las que consten las circunstancias de modo, tiempo, lugar y personas (testigos presenciales si los hubiera) en que ocurrió el hecho:
 - hecho acaecido el día: 24/8/11 a las 06:15 hs.
 - sujeto involucrado: Pérez Juan DNI: 11.111.111
2. Fotocopia autenticada del Libro de Asistencia del día del hecho, donde se registre el horario de ingreso y egreso del agente.
3. Situación de revista completa del empleado, horario, funciones asignadas, y en especial las tareas y funciones asignadas el día de ocurrencia del siniestro y lugar de prestación.
4. Último domicilio denunciado del agente ante la Administración Pública Provincial a la fecha del siniestro.
5. Copia autenticada del formulario de denuncia por accidente de trabajo.
6. Copia autenticada de actuaciones sumariales si las hubiera.

La presente se solicita en virtud de la atribución conferida a esta Repartición por el Dec.170/96, art.28 (regl. del art.31, ap.2), el cual establece: "Los empleadores estarán obligados a: ...inc. g) Proveer a la aseguradora toda la información que requiera a los fines de la determinación de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional..."

De acuerdo a lo establecido en la cláusula e) y f) del contrato celebrado entre el Superior gobierno de Córdoba y Asesores de Córdoba S.A. (Dec.1572/2009 y sus actualizac.), que asigna a su cargo la organización, coordinación y administración de los servicios y prestaciones contempladas en la ley 24.557 en el marco del Autoseguro.-

Sin otro particular, saluda a Ud. muy atte.


Dr. Nicolás Boncini
Asesor Legal