



PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL

INDICE

1.0	Objetivo
2.0	Alcance
3.0	Definiciones y Abreviaturas
4.0	Responsabilidades
5.0	Procedimiento
6.0	Anexos



1 - OBJETIVO

Implementar el procedimiento a seguir en el caso de que un trabajador se accidente o enferme en el ámbito laboral de la Administración Pública.

Generales

- Aplicar procedimiento a seguir en el caso de que un trabajador se accidente o enferme en el ámbito laboral en la administración pública.
- Favorecer la integración de las áreas de Recursos Humanos, Seguridad e Higiene y Medicina Laboral de cada organismo.

2 - ALCANCE

Integrantes de las Unidades Sectoriales de Recursos Humanos, Profesionales de Seguridad e Higiene y Medicina laboral de los organismos públicos centralizados y descentralizados de la Administración Pública del Neuquén.

3- DEFINICIONES

Accidente de Trabajo: Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o en ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión grave, o una invalidez o hasta la muerte de un trabajador.

Accidente in itinere: Accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio hasta su lugar de trabajo, y viceversa.

Consideraciones a tener en cuenta.

El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el In itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

Cuando ocurre este tipo de accidentes la A.R.T nos puede solicitar una exposición policial con los datos de donde ocurrió el accidente.

Debemos saber que no hay un tiempo establecido de llegada desde el domicilio del trabajador al trabajo y viceversa siempre y cuando ese trayecto no se modifique por razones personales.

Enfermedad Profesional: Una enfermedad profesional es la producida por causa del lugar o del tipo de trabajo.

Existe un Listado de Enfermedades Profesionales en el cual se identifican cuadros clínicos, exposición y actividades en las que suelen producirse estas enfermedades y también agentes de riesgo (factores presentes en los lugares de trabajo y que pueden afectar al ser humano, como por ejemplo las condiciones de temperatura, humedad,



iluminación, ventilación, la presencia de ruidos, sustancias químicas, la carga de trabajo, entre otros).

Accidente en Comisión: el ocurrido fuera del Establecimiento, de la ciudad, Provincia o el Exterior.

Reagravación/Reapertura: se define como el reingreso y/o reapertura de un a tratamiento que ya fue cerrado por la ART.

Accidente o Enfermedad Inculpable.

Excluidos de La Ley. También se debe destacar que están excluidos los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo "inculpable"

Importante. No se deben denunciar a la ART (Aseguradora de Riesgos Laborales)

Es toda contingencia que afecta la integridad psico-física del trabajador pero que no tiene relación alguna con su trabajo.

ART: Aseguradora de Riesgos en el Trabajo.

Son compañías de seguros que tendrán como objeto único el otorgamiento de las prestaciones que establece la ley.

Estas prestaciones reglamentadas por la ley de Riesgos del trabajo se llaman "Prestaciones en especie".

Las ART deben brindar a los trabajadores damnificados (accidente laboral/enfermedad profesional) **en forma inmediata**, totalmente gratuita y sin límite de tiempo:

- Asistencia médica y farmacéutica.
- Prótesis y ortopedia.
- Rehabilitación.
- Recalificación profesional.
- Traslados hacia y desde los centros de atención.

4 - RESPONSABILIDADES

Directores Provinciales, Directores Generales y/o responsables de las áreas de Recursos Humanos: Conocer, cumplir y hacer cumplir el presente procedimiento.

Profesionales de Seguridad e Higiene, Profesionales de Medicina Laboral: Realizar intervención y dar cumplimiento a la normativa vigente.

5. PROCEDIMIENTO.

INCORPORACIÓN DE AFICHE INFORMATIVO.

- El afiche es de exhibición obligatoria por parte de las áreas de RRHH sectoriales, quienes deben verificar la correcta conservación del mismo y, en caso de que se encuentre dañado, solicitar su reposición.



- El mismo explica las acciones a seguir en caso de ocurrencia de algún siniestro laboral, mencionando datos importantes que deben tenerse en cuenta al momento de realizar la denuncia ante la ART.



PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LAS AREAS DE RECURSOS HUMANOS.





DESARROLLO

1

Al recibir la Notificación de ocurrencia del siniestro: Verificar si se realizó la denuncia (llamado telefónico) a Galeno A.R.T.

Si se realizó completar Formulario de Denuncia de accidente: RRHH

Si **no** se realizó seguir paso 2.

2

Comunicarse con el Centro Operativo Médico (C.O.M), a los **Tel: 0-800-333-1400**, donde recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir y el prestador médico para la derivación, según el estado del accidentado.

* De acuerdo con la gravedad del paciente se le brindará, si corresponde, el medio de traslado adecuado.

Al comunicarse con 0-800-333-1400 nos facilitan dos opciones:

- *Opción 1 Emergencia con riesgo de vida.*
- *Opción 2 Denuncia de siniestro (Accidente/ Enfermedad Profesional)*

Luego, durante la llamada, se le requerirán todos o algunos de los siguientes datos de los trabajadores accidentados:

Datos solicitados por La A.R.T

- Teléfono desde donde llama y nombre de la persona que realiza el llamado.
- Lugar donde se encuentra el accidentado.
- Razón social de la empresa (C.U.I.T.). **30-70751909-2. “DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION DE HACIENDA Y FINANZA”.**
- Identificación del accidentado (C.U.I.L./D.N.I).
- Estado del accidentado (en descripción breve). Si el accidente fuera In itinere deberá mencionarlo ya a que se le solicitará presentar una exposición policial.
- Prestador Médico en donde se encuentra el accidentado en el caso de que por la urgencia/gravedad, hubiese sido necesario derivarlo antes de la comunicación con el C.O.M.
- Establecimiento al cual pertenece el accidentado.

Luego se le proporcionará un *NUMERO DE SINIESTRO*, el cual se utilizará para completar el **Formulario de Denuncia de accidente de Trabajo o Enfermedad** que se describe a continuación.

* Este formulario se podrá descargar de la página Galeno ART.

<http://www.galenoseguros.com.ar/seguros/>

The screenshot shows the Galeno Seguros website interface. At the top, there is a navigation bar with the Galeno Seguros logo and a menu with options: Inicio, Autos, Hogar, ART, Vida, and Productores. A dropdown menu is open under 'ART', listing: Home, Urgencias, Servicios, Cartilla, Preguntas frecuentes, Formularios (highlighted with a left-pointing arrow), and Validar documentos online. Below this is a banner with the text 'TU HOGAR PROTEGIDO. SIEMPRE'. The main content area features the Galeno ART logo and a breadcrumb trail: Galeno Seguros > ART > Formularios. A text block states: 'Desde aquí podrás visualizar e imprimir diversos formularios necesarios para tu gestión, cada vez que necesites.' Below this is a horizontal menu with tabs: Contrato / Resolución 463, Prevención, Prestaciones en Especie (highlighted with a blue bar and a downward arrow), Prestaciones Dinerarias, and Para Prestador. A list of links is provided below the tabs, with 'Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional' highlighted by a left-pointing arrow. The other links are: Solicitud de Atención, Tablas Anexas al Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, Solicitud de Reintegros de Gastos Médicos, and Instructivo para Reintegros de Gastos Médicos.

IMPORTANTE: EL formulario es de implicancia legal por lo que se recomienda completar los datos en su totalidad. (*Anexo 1 "FORMULARIO DE DENUNCIA"*).

3

Luego de haber brindado la atención al accidentado y dentro de las 24 hs. hábiles de ocurrido el hecho, debe generar y remitir a GALENO ART el Formulario de "Denuncia de Accidente de Trabajo".



Los formularios deberán ser ENVIADOS a
denunciasart@galenseguros.com.ar con copia OBLIGATORIA a
segehigprovincial@neuquen.gov.ar

Cada organismo adecuará el circuito de comunicación de siniestros que utilizará para informar a sus áreas de Seguridad e Higiene y Medicina Laboral de su organismo, según corresponda.



ANEXO I: FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES



DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD

IMPORTANTE: anticipar esta información telefónicamente al 0-800-333-1400 y/o por fax al 0800-333-0808, opción 2. Dentro de las 24 hs., remitir el original a Piedras 22, Planta Baja, (C1070AAB), colocando en el sobre "Denuncia de Siniestro / Enfermedad Profesional"- At.: Gerencia de Siniestros- Unidad de Procesos Centrales. En caso de Enfermedad Profesional, recuerde completar y enviar el formulario "Anexo Denuncia Enfermedad Profesional".

NRO. DE SINIESTRO	REINGRESO	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	NRO. DE SINIESTRO ANTERIOR	ACCIDENTE	<input checked="" type="radio"/>	ENFERMEDAD PROFESIONAL	<input type="radio"/>
-------------------	-----------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------	----------------------------------	------------------------	-----------------------

DATOS DEL EMPLEADOR		RAZÓN SOCIAL		C.U.I.T.	
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION DE HACIENDA Y FINANZA				3070751909-2	
NRO. DE CONTRATO	C.U.I.T. PRINCIPAL (1)	CALLE		NRO.	
535677	751100	LA RIOJA		229	
LOCALIDAD / PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL ARG.		D.D.N.	
NEUQUEN		8300			
EMPRESA SUBCONTRATADA		RAZÓN SOCIAL		C.U.I.T.	
SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>		NO SE COMPLETA		NO SE COMPLETA	

(1) Código de Actividad (C.U.I.T.): consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

DATOS DEL TRABAJADOR		APELLIDO Y NOMBRES		SEXO		M <input type="radio"/>		F <input checked="" type="radio"/>		FECHA DE NACIMIENTO	
DATOS COMPLETOS		CALLE		NRO.		PISO		DPTO.			
DIRECCION DONDE VIVE ACTUAL		CALLE		NRO.		PISO		DPTO.			
CODIGO POSTAL ARGENTINO	LOCALIDAD	D.D.N.	TELEFONO	CELULAR PARA ENVIO DE S.M.S.		Empresa Celular		NRO.			
				0 15		<input checked="" type="radio"/> Movistar <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Nextel					
PROVINCIA		D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.		C.U.I.T.			
		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		FECHA INGRESO EMP.		IBM					
CÓDIGO OCUPACION ACTUAL (2)		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL		CANT. MESES		HORARIO		SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	

EMPRESA SUBCONTRATADA		RAZÓN SOCIAL		C.U.I.T.	
SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>		NO SE COMPLETA		NO SE COMPLETA	

(1) Código de Actividad (C.U.I.T.): consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

DATOS DEL TRABAJADOR		APELLIDO Y NOMBRES		SEXO		M <input type="radio"/>		F <input checked="" type="radio"/>		FECHA DE NACIMIENTO	
DATOS COMPLETOS		CALLE		NRO.		PISO		DPTO.			
DIRECCION DONDE VIVE ACTUAL		CALLE		NRO.		PISO		DPTO.			
CODIGO POSTAL ARGENTINO	LOCALIDAD	D.D.N.	TELEFONO	CELULAR PARA ENVIO DE S.M.S.		Empresa Celular		NRO.			
				0 15		<input checked="" type="radio"/> Movistar <input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Nextel					
PROVINCIA		D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	NRO.		C.U.I.T.			
		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		FECHA INGRESO EMP.		IBM					
CÓDIGO OCUPACION ACTUAL (2)		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL		CANT. MESES		HORARIO		SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	

(2) Puesto de Trabajo: consultar tablas de codificación en nuestra página web www.galenoseguros.com.ar

(3) Indicar que horario realizaba el día del accidente.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DEL TRABAJADOR (4)		NOMBRE/DENOMINACION		COD. EST.		C.U.I.T. EST.	
DENOMINACION Y ORGANISMO AL QUE PERTENECE		CALLE		NRO.		CÓDIGO POSTAL ARG.	
LOCALIDAD / PROVINCIA		D.D.N.		TELEFONO			

(4) Datos del Establecimiento declarado al registro de Establecimientos de AFIP.

DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE O DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL		CALLE		CALLE	
C.U.I.T. DE OCURRENCIA		LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL ARG.	
NRO.	PISO	DPTO.	LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL ARG.	
PROVINCIA		D.D.N.		TELEFONO	
EMPRESA SUBCONTRATADA		SI <input checked="" type="radio"/>		NO <input type="radio"/>	

DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)		CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO		FECHA DE OCURRENCIA		HORA INICIO DE SERVICIO		HORA		SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>		FECHA DE INICIO DE ASISTENCIA LABORAL	
ALER O VUEVER DEL TRABAJO		EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO		REITERANCIA		FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE		CON BAJA LABORAL		SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	
DESPLAZAMIENTO EN EL DIA LABORAL		EN EL TRABAJO		OTRO		HORA DEL ACCIDENTE		HORA DE FIN DEL ACCIDENTE		HORA DE INICIO DE SERVICIO		HORA		FECHA DE REINGRESO	

Completar cuando el trabajador finalice la asistencia al prestador indicado y entregue el certificado en el Área.



PROVINCIA	D.D.N.	TELÉFONO	EMPRESA SUBCONTRATADA
			<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (5)
CARACTERÍSTICAS DEL SINIESTRO

ALER O VECER DEL TRABAJO EN OFICIO, CENTRO O LUGAR DE TRABAJO INTERRUMPCION
 DESPLAZAMIENTO EN EL DIA LABORAL EN EL TRABAJO OTRO

FECHA DEL ACCIDENTE: FECHA DE OCURRENCIA
 HORA INICIO DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE: HORA
 HORA FIN DE JORNADA EL DIA DEL ACCIDENTE: HORA
 EN CASO DE REINGRESO, FUERON: FECHA DE REINGRESO

SI NO CON BAJA LABORAL
 SI NO FECHA DE INICIO INASISTENCIA LABORAL

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

TESTIGOS (Apellido y Nombre, Tipo y Nro. de Documento, Teléfono)

Aclarar; la tarea que realizaba y los hechos que dieron lugar al accidente.

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (6)

AGENTE MATERIAL ASOCIADO: []
 FORMA DEL ACCIDENTE: []
 MANO HÉRBIL: DER. IZO.

DIAGNÓSTICO 1 (CIE-10): [] ZONA DEL CUERPO AFECTADA 1: [] NATURALEZA DE LA LESIÓN 1: []
 DIAGNÓSTICO 2 (CIE-10): [] ZONA DEL CUERPO AFECTADA 2: [] NATURALEZA DE LA LESIÓN 2: []
 DIAGNÓSTICO 3 (CIE-10): [] ZONA DEL CUERPO AFECTADA 3: [] NATURALEZA DE LA LESIÓN 3: []

DATOS DE ACCIDENTE LABORAL-CODIFICACION
"Consultar tablas de Codificación en www.galenoseguros.com.ar"

DATOS DEL PRESTADOR ASISTENCIAL

PRESTADOR/ CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

CALLE: [] NRO.: [] PISO: [] DPTO.: []

LOCALIDAD: [] PROVINCIA: []

CÓDIGO POSTAL ARG.: [] D.D.N.: [] TELÉFONO: [] D.D.N.: [] FAX: []

GRADO LESIÓN PRESENTA IDENTIFICADA: [] LEVE: GRAVE: MORTAL:

LUGAR Y FECHA

En caso de dudas respecto a la codificación mencionada, solicitar intervención a las áreas de Seguridad e Higiene y/o Medicina Laboral de su organismo.