MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Resolución 298/2017

Buenos Aires, 23/02/2017
VISTO el Expediente N° 39.457/17 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes Nros. 20.744, 24.241, 24.557, 26.425, 26.773 y la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo; el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1.278 de fecha 28 de diciembre de 2000; los Decretos Nros. 717 del 28 de junio de 1996, 472 del 1° de abril de 2014, 1.475 del 29 de julio de 2015; las Resoluciones S.R.T. Nros. 539 de fecha 3 de agosto de 2000, 308 de fecha 22 de junio de 2001, 1.240 de fecha 24 de agosto de 2010, 709 del 10 de abril de 2013 y sus complementarias y 179 del 21 de enero de 2015, 613 de fecha 1° de noviembre de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 51 de la Ley N° 24.241, sustituido por el artículo 50 de la Ley N° 24.557, dispuso la actuación de las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central en el ámbito de los riesgos del trabajo.

Que el artículo 21 de la Ley N° 24.557, con el apartado incorporado por el artículo 11 del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1.278 de fecha 28 de diciembre de 2000, estableció los alcances de las funciones de las citadas comisiones en orden a la determinación de la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, así como el carácter y el grado de la incapacidad, el contenido y los alcances de las prestaciones en especie y las revisiones a que hubiere lugar.

Que, en esa dirección, mediante el Decreto N° 717 del 28 de junio de 1996 se delineó el procedimiento a ser aplicado ante las Comisiones Médicas, atendiendo a la inmediatez en el otorgamiento de las prestaciones.

Que la Ley N° 26.773 vino a establecer un régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el objetivo primordial de facilitar el acceso del trabajador a una cobertura rápida, plena y justa.

Que con tal objetivo, la referida normativa dispuso que los damnificados podrían optar entre las reclamaciones que persiguen las indemnizaciones previstas en el régimen de reparación del sistema de riesgos del trabajo o las que pudieran corresponderles con fundamento en otros sistemas de responsabilidad, vedando la acumulación de acciones legales entre ambos.

Que ulteriormente, con el objeto de avanzar en una respuesta normativa superadora de los aspectos más controvertidos del sistema y con el fin de instrumentar un régimen que brinde prestaciones plenas, accesibles y automáticas, se impulsó la adecuación de la reglamentación del procedimiento ante las Comisiones Médicas mediante el dictado del Decreto N° 1.475 del 29 de julio de 2015.

Que dicho decreto, entre otras cuestiones, abrevió los plazos y agilizó el procedimiento recursivo, dispuso el patrocinio letrado obligatorio del trabajador afectado o sus derechohabientes y habilitó la intervención del empleador en el proceso, además de establecer la actuación del Secretario Técnico Letrado en cada Comisión Médica Jurisdiccional y en la Comisión Médica Central, de acuerdo con la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 709 de fecha 10 de abril de 2013 y sus modificatorias.

Que pese a tales avances, la situación actual exhibe una notable proliferación de litigios individuales, que han puesto en riesgo, no solamente la finalidad del Sistema de Riesgos del Trabajo para asegurar reparaciones suficientes, sino, además, amenazan con colapsar la justicia laboral de varias jurisdicciones.

Que al mismo tiempo, se entendió que ese conjunto de factores se ha agravado al punto que, en la actualidad, la mayoría de las contingencias amparadas por la Ley sobre Riesgos del Trabajo se reclaman a través de demandas laborales que evitan la obligatoria intervención previa de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales.

Que, ante tal estado, el Poder Ejecutivo Nacional señaló, en el Mensaje de elevación del proyecto de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo al Honorable Congreso de la Nación, que la experiencia recogida ha puesto en evidencia las fortalezas y las debilidades del Sistema de Riesgos del Trabajo, advirtiendo que las reformas normativas dictadas hasta la fecha no han sido suficientes para aliviar aquella situación dado que no han logrado otorgar a ese cuerpo legal el estándar suficiente para hacerlo jurídica, constitucional y operativamente sostenible.

Que por tales razones, el referido Mensaje de elevación propuso reformas que, si bien conservan las principales líneas directrices del sistema, al mismo tiempo corregirán aquellas cuestiones que han provocado situaciones inequitativas y han sido objeto de reiteradas impugnaciones en sede judicial con fundamento en la violación de

principios de matriz constitucional.

Que para continuar en ese rumbo, el sistema que dispuso el Título I de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos Del Trabajo implica que la intervención de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales constituye la instancia única, con carácter obligatorio y excluyente de cualquier otra, para que el trabajador afectado, contando con el patrocinio letrado que garantice el debido proceso legal, solicite u homologue la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y el otorgamiento de las prestaciones dinerarias en forma previa a dar curso a cualquier acción judicial ante los tribunales locales fundada, tanto en la Ley N° 24.557 cuanto en la opción por la vía del derecho civil que se encuentra contemplada en el artículo 4°, parte final, de la Ley N° 26.773.

Que, en igual sentido, dicha norma dispone que pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 20.744 (t.o. 1976), las resoluciones homologatorias y aquellos decisorios de las Comisiones Médicas que en ese marco se dicten y que no fueren motivo de recurso por las partes.

Que asimismo, el artículo 3° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo creó el Servicio de Homologación en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, con la facultad de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento, previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, tal como surge del Anexo del mencionado texto legal.

Que a fin de brindar adecuado respeto a la salvaguarda de los poderes reservados contenida en el artículo 121 de la Constitución Nacional, cuestión que fuera señalada en reiterados pronunciamientos judiciales que descalificaron aspectos de la Ley N° 24.557, la referida instancia de intervención previa de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales como habilitación inexcusable para dar comienzo a toda acción judicial ante la respectiva jurisdicción, ha quedado reservada a las Provincias que hubieren de adherir al referido Título I.

Que de acuerdo a lo señalado, le ha sido ordenado por la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo a esta Superintendencia el dictado de las normas del procedimiento de actuación ante las Comisiones Médicas Jurisdiccionales y la Comisión Médica Central, vinculadas a la determinación del carácter profesional de la enfermedad o contingencia, la determinación de la incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo, así como a las homologaciones que consagren acuerdos que ponen fin a las diferencias.

Que conforme lo expuesto, esta Superintendencia deberá asegurar la aplicación del procedimiento establecido en los artículos 1°, 2° y 3° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y de lo reglamentado en la presente resolución, en el territorio de aquellas provincias que hayan dispuesto su adhesión al Título I de dicha norma legal, toda vez que en dichas jurisdicciones el nuevo formato de proceso resultará de aplicación obligatoria.

Que debe destacarse que la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo prescribe que los decisorios que dicten las Comisiones Médicas Jurisdiccionales o la Comisión Médica Central, que concluyan procedimientos controvertidos y que no fueren objeto de recurso ante la Justicia, así como las resoluciones homologatorias del Servicio de Homologación creado en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del Artículo 15 de la Ley N° 20.744 (t.o. 1976).

Que en tal estado, el procedimiento establecido en la presente Resolución será de aplicación exclusiva a los trámites de determinación del carácter profesional de la enfermedad o laboral del accidente, de la incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo, como también a los procesos homologatorios que se sustancien en el Servicio de Homologación.

Que dentro de dicho marco, corresponde establecer el modo de hacer efectiva la garantía del patrocinio letrado para el trabajador o sus derechohabientes, durante el procedimiento ante las Comisiones Médicas contemplado en el Título I de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.

Que en ese orden, es necesario establecer las pautas de retribución del desempeño de los profesionales que ejerzan el patrocinio letrado para el trabajador o sus derechohabientes, toda vez que las Comisiones Médicas carecen de competencia para fijar o regular sus honorarios.

Que atento a que por mandato legal, en la presente resolución se dispone la totalidad de las normas de procedimiento en los términos y con los alcances exclusivos definidos en el Título I de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo para las actuaciones ante las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, la Comisión Médica Central y el Servicio de Homologación, debe puntualizarse que devienen inaplicables a esos efectos, las regulaciones procedimentales contenidas en normativa de vigencia anterior.

Que a raíz de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, que sustituye el artículo 7 de la Ley N° 24.557, corresponde considerar que devine también inaplicable lo previsto en el apartado 4° del artículo 2° del Anexo del Decreto N° 472 de fecha 1° de abril de 2014.

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, con relación al cálculo de Valor del Ingreso Base, resulta pertinente precisar que los conceptos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 24.241 y los artículos 103 bis y 106 de la Ley N° 20.744 quedan excluidos de dicho cálculo.

Que por otra parte, conforme el artículo 12 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, que incorpora el apartado 6 del artículo 27 de la Ley N° 24.557, cabe determinar los requisitos, modalidades y plazos a los que deberá ajustarse el procedimiento de extinción del contrato de afiliación, con el propósito de propender a evitar prácticas abusivas en desmedro de los empleadores y de los trabajadores.

Que el Servicio Jurídico de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ha tomado la intervención que le compete.

Que el suscripto es competente para dictar la presente en virtud del artículo 3° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y de los artículos 36 y 38 de la Ley N° 24.557.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE
DE RIESGOS DEL TRABAJO
RESUELVE:

TÍTULO I

CAPÍTULO I

DEL PROCEDIMIENTO ANTE LAS COMISIONES MÉDICAS REGULADO EN EL ARTÍCULO 1° DE LA LEY COMPLEMENTARIA DE LA LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO.

ARTÍCULO 1° — Requisitos para el inicio del trámite de rechazo de la denuncia de la contingencia por el damnificado.
Los trámites iniciados por el trabajador, sus derechohabientes o su apoderado deberán ser presentados personalmente a través de la Mesa de Entradas de la Comisión Médica correspondiente o a través de correo postal.
Para iniciar el trámite por rechazo de la contingencia denunciada por el trabajador o sus derechohabientes: debe acreditar identidad; presentar la denuncia del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional; y, presentar el rechazo fundado de la contingencia por parte de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART), el Empleador Autoasegurado (EA) o el Empleador no Asegurado (ENA).
Para el trámite por rechazo de enfermedades no listadas: acreditar identidad; presentar constancia de la denuncia de la enfermedad ante la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado; presentar constancia del rechazo por parte de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado de la pretensión del trabajador; y, presentar petición fundada. Se entenderá por tal aquella presentación que contenga diagnóstico, argumentación y constancias sobre la patología denunciada y la exposición a los agentes de riesgo presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Las constancias a presentar podrán ser estudios complementarios sobre el diagnóstico de la enfermedad denunciada y/o descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.
Asimismo, deberá darse cumplimiento a cualquier otro recaudo que resulte exigible conforme a normativa dictada por esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.).

ARTÍCULO 2° — Procedimiento del trámite por rechazo de la denuncia de la contingencia.
En el caso de trámites iniciados por rechazo de la naturaleza laboral del accidente, cuando el Dictamen Jurídico Previo emitido por el Secretario Técnico Letrado o el dictamen médico de la Comisión Médica, concluyeran el carácter no laboral del accidente, las actuaciones se remitirán, sin más trámite, al Titular del Servicio de Homologación de la Comisión Médica a efectos de que emita el acto administrativo pertinente y notifique a las partes.
Si, por el contrario, el Secretario Técnico Letrado hubiese concluido que el accidente reviste carácter laboral, se dará la correspondiente intervención al profesional médico, quien luego de dictaminar, remitirá las actuaciones al Titular del Servicio de Homologación a fin de que emita el acto administrativo correspondiente.
En caso de que el dictamen médico determine el carácter laboral del fallecimiento, las actuaciones se remitirán al Servicio de Homologación, para la continuidad del trámite de conformidad con lo dispuesto en el CAPÍTULO II, Punto I del presente TÍTULO.
En los trámites por rechazo de la denuncia de la enfermedad profesional listada, luego de la intervención del profesional médico, el Secretario Técnico Letrado emitirá la opinión de legalidad y elevará las actuaciones al Titular del Servicio de Homologación a fin de que emita el acto administrativo correspondiente.
En los trámites por rechazo de la denuncia de la enfermedad profesional no listada, se procederá de conformidad con lo previsto en el inciso b) del apartado 2 del artículo 6° de la Ley N° 24.557 —sustituido por el artículo 2° del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1.278 de fecha 28 de diciembre de 2000—.

ARTÍCULO 3° — Requisitos para el inicio del trámite de Divergencia en la Determinación de la Incapacidad por parte del damnificado.
Si pasados los VEINTE (20) días contados desde el día siguiente al del cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.), la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o el Empleador Autoasegurado no hubiere iniciado el trámite de determinación de incapacidad, el trabajador podrá instar el trámite por divergencia en la determinación de la incapacidad, personalmente a través de la Mesa de Entradas de la Comisión Médica correspondiente o a través de correo postal.
Para el inicio del trámite, el trabajador deberá acreditar identidad y presentar el Alta Médica o constancia de fin de tratamiento otorgada por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, Empleador Asegurado y Empleador no asegurado. Asimismo, deberá darse cumplimiento a cualquier otro recaudo que resulte exigible conforme a normativa dictada por esta S.R.T.
En estos casos, la S.R.T. emplazará a la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado para que acompañe toda la documentación requerida en el artículo 4° de la presente.

ARTÍCULO 4° — Requisitos para el inicio del trámite de Determinación de la Incapacidad por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo y el Empleador Autoasegurado.
La A.R.T. o el E.A., de conformidad a la opción del domicilio ejercida por el trabajador, en función de lo previsto en el artículo 1° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional competente, a través de los canales electrónicos habituales, a partir de los DIEZ (10) días y hasta los VEINTE (20) días contados desde el día siguiente al del cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.) y confeccionará el “Informe del Caso”, que deberá contener: 1) Denuncia de la contingencia. 2) Reseña de Historia Clínica de la contingencia. 3) Estudios obligatorios según la patología. 4) Estudios complementarios, en caso de haberse realizado. 5) Protocolo quirúrgico, en caso de corresponder. 6) En los casos de Enfermedad Profesional, deberá presentar informe de Relevamiento de Agentes de Riesgos (R.A.R.), análisis de puesto de trabajo, exámenes periódicos y los exámenes preocupacionales. En este último supuesto, si tuviera acceso a ellos. En caso de no contar con determinada documentación, deberá fundamentar la falta de la misma e informar cual fue la medida implementada para subsanar esa falta. 7) Constancia de Alta Médica y/o Fin de Tratamiento. 8) Declaración de las preexistencias de las que tuviere conocimiento y documentación que la acredite, si no estuviera incorporada a los registros de la S.R.T. 9) Clave Bancaria Uniforme (CBU) de la cuenta sueldo perteneciente al trabajador, si estuviese disponible. 10) Declaración del trabajador sobre el ejercicio de la opción de la Comisión Médica Jurisdiccional o la correspondiente intimación, bajo apercibimiento de tener por elegida la jurisdicción correspondiente al domicilio denunciado en el D.N.I. En cualquier caso, deberá acompañar la correspondiente documentación respaldatoria indicada en el artículo 5° de la presente resolución.
También, deberá darse cumplimiento a cualquier otro recaudo que resulte exigible conforme a normativa dictada por esta S.R.T.

ARTÍCULO 5° — Competencia territorial de la Comisión Médica Jurisdiccional.
A fin de establecer la competencia territorial de la comisión médica jurisdiccional requerida, de conformidad a los extremos indicados en los artículos 1° y 2° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, se deberá acompañar la siguiente documentación de acuerdo a lo que el trabajador haya optado:
a. Opción de la Comisión Médica correspondiente a su domicilio: Copia simple del Documento Nacional de Identidad (D.N.I.).
b. Opción de la Comisión Médica correspondiente al domicilio del lugar de efectiva prestación de servicios: Constancia expedida por el empleador.
c. Opción de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio donde habitualmente aquél se reporta: Constancia expedida por el empleador.
En los trámites que deban ser iniciados por la A.R.T. o el E.A., previo a la solicitud de intervención, la Aseguradora deberá notificar al trabajador a fin de que opte por la Comisión Médica competente e intimarlo para que, dentro de los TRES (3) días hábiles acompañe la documentación que acredite la competencia de la Comisión Médica elegida, bajo apercibimiento de iniciar las actuaciones en la jurisdicción correspondiente al domicilio denunciado en el D.N.I.

ARTÍCULO 6° — Audiencia y examen médico.
Recibida la solicitud de intervención y cumplidos los requisitos de inicio dispuestos en los artículos precedentes, las partes serán convocadas a una audiencia en la sede de la Comisión Médica para el examen médico, conforme a los recaudos y procedimientos establecidos en la Resolución S.R.T. N° 179/15, o la que en el futuro la reforme o sustituya.
En tal oportunidad, se notificará a las partes y a los letrados intervinientes lo establecido en los artículos 35 y 36 de la presente.

ARTÍCULO 7° — Prueba.
Las partes ofrecerán la prueba de la que intenten valerse en su primera presentación o hasta el momento de la audiencia médica.
Podrá rechazarse la prueba ofrecida que se considere manifiestamente improcedente, superflua o meramente dilatoria.
En las resoluciones no se tendrá el deber de expresar la valoración de toda la prueba producida, sino únicamente de

las que fueren esenciales y decisivas para la resolución.
La Comisión Médica, de oficio, podrá disponer la producción de prueba respecto de los hechos invocados y que fueren conducentes para resolver.
Las partes podrán designar peritos médicos de parte para participar en la audiencia. Los honorarios que éstos irroguen estarán a cargo de los proponentes. Estos profesionales tendrán derecho a ser oídos por la Comisión Médica, presentar los estudios y diagnósticos realizados a su costa, antecedentes e informes; una síntesis de sus dichos será volcada en las actas que se labren, las que deberán ser suscriptas por ellos, haciéndose responsables de sus dichos y opiniones, pero no podrán plantear incidencias en la tramitación de los expedientes.
Las Comisiones Médicas podrán indicar la realización de estudios complementarios y/o peritaje de expertos, cuando los antecedentes no fueran suficientes para emitir resolución. Se establece que serán a cargo de las Aseguradoras, aquellas que no se hubieren realizado con la debida diligencia. Caso contrario, se financiarán conforme a lo establecido en el artículo 15 de la Ley N° 26.425.
Cuando las Comisiones Médicas lo consideren necesario para resolver el conflicto planteado, podrán solicitar la asistencia de servicios profesionales o de Organismos técnicos para que se expidan sobre áreas ajenas a su competencia profesional. Las facultades establecidas en el presente artículo serán ejercidas conforme a las disposiciones que establezca la S.R.T.
El trabajador estará obligado a someterse a los exámenes médicos que indique la Comisión Médica. En caso de que aquél dificultare la revisación o la realización de estudios complementarios, la Comisión Médica dictaminará conforme a los antecedentes que tuviere en su poder.
La Comisión Médica se encuentra facultada para disponer fundadamente la prórroga del plazo de SESENTA (60) días previsto en el artículo 3° de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo para resolver, con el objeto del producir la prueba ofrecida por las partes o dispuesta de oficio, como las diligencias destinadas a esclarecer las cuestiones de hecho relacionadas al accidente de trabajo o enfermedad profesional. En todos los casos la prórroga dispuesta deberá tener un plazo que no supere los TREINTA (30) días hábiles y se otorgará por única vez.

ARTÍCULO 8° — Alegato.
De haber prueba ofrecida por las partes o medidas para mejor proveer dispuestas por la Comisión Médica, concluida la etapa probatoria, se dará vista de las actuaciones por TRES (3) días a fin de que las partes que lo creyeren conveniente aleguen sobre la prueba producida, en un plazo máximo total de CINCO (5) días, incluidos los días para tomar vista.

ARTÍCULO 9° — Producido el dictamen de la Comisión Médica se notificará a las partes y al empleador, resultando de aplicación las disposiciones del CAPÍTULO II, Punto I del presente TÍTULO.

CAPÍTULO II
DEL PROCEDIMIENTO ANTE EL SERVICIO DE HOMOLOGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS COMISIONES MÉDICAS JURISDICCIONALES
I.-
DEL PROCEDIMIENTO ANTE EL SERVICIO DE HOMOLOGACIÓN POSTERIOR AL DECISORIO DE LAS COMISIONES MÉDICAS

ARTÍCULO 10. — Notificación del dictamen de la Comisión Médica.
En aquellos casos en los cuales el dictamen médico determine un porcentaje de incapacidad laboral permanente definitiva o el fallecimiento por causas laborales, se notificará en un plazo máximo de TRES (3) días a las partes y al empleador.
Dentro de los TRES (3) días contados desde la notificación del dictamen médico, las partes podrán solicitar por escrito en sede de la Comisión Médica o mediante Ventanilla Electrónica, la rectificación de errores materiales o formales, siempre que la enmienda no altere lo sustancial del mismo, o la revocación cuando pudiere existir contradicción entre su fundamentación y la conclusión u omisión sobre alguna de las peticiones o cuestiones planteadas, que alteren lo sustancial del dictamen. Las actuaciones serán remitidas al médico interviniente a fin de que, dentro del plazo de CINCO (5) días, se expida al respecto.
Resuelta las peticiones planteadas o vencido el plazo para articularlas, se citará a las partes a una audiencia de acuerdo a celebrarse ante el Servicio de Homologación, indicándose la fecha y hora de celebración, con una antelación mínima de TRES (3) días a la fecha fijada para la audiencia.

ARTÍCULO 11. — Liquidación de la prestación dineraria.
Considerando los salarios declarados por el empleador al Sistema Único de la Seguridad Social (S.U.S.S.), la fecha de nacimiento del trabajador, la fecha de la Primera Manifestación Invalidante, el grado y porcentaje de incapacidad informados, las áreas técnicas competentes calcularán la liquidación mínima correspondiente de acuerdo a las previsiones de la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 y sus complementarias, debiendo constar dicha liquidación en las correspondientes actuaciones que tramitarán ante el Servicio de Homologación de la Comisión Médica.

ARTÍCULO 12. — Audiencia.
La audiencia será presidida por un agente del Servicio de Homologación de la Comisión Médica, quien informará a las partes la liquidación de la prestación dineraria y explicará los alcances y efectos de la conformidad o

disconformidad respecto del acuerdo; y, en su caso, el ejercicio de la opción prevista en el artículo 4° de la Ley N° 26.773.
Para la celebración de la audiencia es obligatoria la presencia del damnificado o sus derechohabientes, según corresponda, y sus asesores letrados y de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el empleador autoasegurado o el empleador no asegurado. Todos los concurrentes, deberán ser identificados mediante la presentación de los documentos correspondientes:
a. El damnificado y sus derechohabientes deberán presentar D.N.I. y la documentación que acredite su calidad de tal.
b. Los asesores letrados deberán exhibir la matrícula correspondiente.
c. Los representantes de la ART, el ENA o el EA deberán acompañar el instrumento que acredite el carácter de representante o apoderado.
d. El empleador deberá acompañar la documentación que lo acredite como tal, en caso de corresponder.
Las partes concurrentes podrán solicitar la suspensión de la audiencia, y en caso de que el agente interviniente dé lugar al requerimiento, en el mismo acto deberá notificar la fecha y hora en la que se reanudará. El agente del Servicio de Homologación de la Comisión Médica, estará autorizado para solicitar a las partes interesadas todos aquellos documentos e instrumentos que considere pertinentes, así como para realizar todas las diligencias que resulten necesarias para el desarrollo de sus funciones, pudiendo para ello, fijar fecha para una nueva audiencia.

ARTÍCULO 13. — Acuerdo.
Si las partes arribaran a un acuerdo y prestaran su conformidad con lo actuado, el agente del servicio constatará la libre emisión del consentimiento del trabajador o derechohabientes y su discernimiento sobre los alcances del acuerdo. En el mismo acto, se suscribirá un acta dejando expresa constancia de ello y del ejercicio de la opción prevista en el artículo 4° de la Ley N° 26.773.
El agente designado a tal efecto, emitirá opinión acerca de la legalidad del procedimiento y la pertinencia del dictado del acto homologatorio del acuerdo.
Finalmente, se remitirán las actuaciones al Titular del Servicio de Homologación de la Comisión Médica, para que dentro de los CINCO (5) días emita el correspondiente acto de homologación, con los alcances previstos en el artículo 15 de la Ley N° 20.744 (t.o. 1976), dejando expresa constancia del porcentaje de incapacidad determinado en el dictamen médico.
A partir de la notificación del acto de homologación, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el empleador autoasegurado o el empleador no asegurado, deberá poner a disposición del damnificado el importe de la indemnización en la cuenta bancaria oportunamente declarada, dentro del plazo de CINCO (5) días, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° del Anexo I de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.
Excepcionalmente, en aquellos casos en los que la cuenta sueldo no estuviera disponible, la A.R.T. deberá poner a disposición del damnificado mediante la operación bancaria que se hubiere establecido en oportunidad de la audiencia de acuerdo.
El incumplimiento de tales obligaciones por parte de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el empleador autoasegurado o el empleador no asegurado será ponderado de conformidad con las previsiones del régimen aprobado por la Resolución S.R.T. N° 613 de fecha 1° de noviembre de 2016, o la que en el futuro la reemplace.
Los actos de homologación asumirán autoridad de cosa juzgada administrativa, de conformidad con lo previsto en el artículo 4° del Anexo I de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y las incapacidades allí consignadas deberán ser incorporadas a los registros de la S.R.T.