



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

### Resolución 332/2017

Buenos Aires, 14/03/2017

VISTO el Expediente N° 45.055/17 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes N° 24.557, N° 26.773, N° 27.348, la Resolución S.R.T. N° 298 de fecha 23 de febrero de 2017, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 27.348 Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo determinó en su artículo 3° la creación del Servicio de Homologación en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, el cual tendrá las funciones y operará según el procedimiento establecido en el Anexo I de la mentada Ley.

Que el referido Anexo en su artículo 1° establece: "...El Servicio de Homologación, en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, será el encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento, previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, mediante las actuaciones y con intervención de los funcionarios que a tal efecto determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo".

Que seguidamente, en su artículo 3°, el mentado Anexo determina: "...Para el caso en que las partes, en forma previa a la intervención de la comisión médica jurisdiccional, hubieren convenido el monto de la indemnización correspondiente al daño derivado del accidente laboral o enfermedad profesional, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional, a fin de someter la propuesta de convenio ante el Servicio de Homologación. El Servicio de Homologación citará a las partes y al empleador, con el objeto de que los profesionales médicos que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo designe al efecto, verifiquen el grado de incapacidad contenido en la propuesta. Cumplido tal extremo y contando con el respectivo informe del profesional médico, el Servicio de Homologación constatará que el grado de incapacidad y el importe de la indemnización acordada se corresponden con la normativa de la ley 24.557 y sus modificatorias. En tal caso, el Servicio de Homologación, luego de constatar la libre emisión del consentimiento por parte del trabajador o de sus derechohabientes, homologará la propuesta de convenio mediante el acto pertinente, dejando expresa constancia del ejercicio por parte del trabajador o de sus derechohabientes de la opción prevista en el artículo 4° de la ley 26.773.

Que por su parte, la Resolución S.R.T. N° 298 de fecha 23 de febrero de 2017 —reglamentaria de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo— instauró el "Procedimiento para la homologación de la propuesta de convenio por incapacidades definitivas y fallecimiento".

Que la referida resolución, mediante su artículo 20 prevé como requisito necesario para el inicio de las



actuaciones, la existencia de un formulario de propuesta de convenio, el cual deberá ser suscripto por las partes y respetar las exigencias mínimas para garantizar un trato equitativo de los damnificados cubiertos por el régimen del Sistema de Riesgos del Trabajo.

Que atento a lo expuesto, resulta necesario establecer un formulario de propuesta de convenio estándar de uso obligatorio, con el objeto de que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), Empleadores Autoasegurados (EA.) y Empleadores No Asegurados (E.N.A.) ofrezcan un acuerdo a los trabajadores damnificados respecto de la incapacidad laboral derivada de la contingencia y el importe de las prestaciones dinerarias, respetando en todo caso lo dispuesto por la Ley de Riesgos del Trabajo y sus normas complementarias.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos y Normativos de esta S.R.T. ha tomado la intervención que le corresponde.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 36 y 38 de la Ley N° 24.557 y el artículo 3° de la Ley N° 27.348.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE  
DE RIESGOS DEL TRABAJO  
RESUELVE:

ARTÍCULO 1° — Apruébase el Formulario de Propuesta de Convenio de uso obligatorio para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), Empleadores Autoasegurados (EA.) y Empleadores No Asegurados (E.N.A.), que como Anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2° — Regístrese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Gustavo D. Morón.

ANEXO  
FORMULARIO PROPUESTA DE CONVENIO



Lugar: .....

Fecha: ...../...../.....

**DATOS DEL SINIESTRO**

Siniestro N°: .....

Fecha de P.M.I.: ...../...../.....

Tipo de Contingencia

Accidente de trabajo:  Enfermedad Profesional:  Accidente in itinere:  Intercurrencia:

Motivo del cese: .....

Fecha del cese de la L.L.T. Temporal/fin del tratamiento: ...../...../.....

Fecha de finalización del período de transitoriedad (en caso de corresponder): ...../...../.....

**DATOS DE LAS PARTES**

A.R.T./E.A./E.N.A.: .....

EMPLEADOR: ..... C.U.I.T. N°: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... C.P.: ..... Tel.: .....

ASESOR LETRADO DEL DAMNIFICADO: .....

Matrícula: ..... C.U.A.T. N°: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... C.P.: .....

Tel.: ..... Correo Electrónico: .....

DAMNIFICADO: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Documento de Identidad (tipo y N°): ..... C.U.I.L. N°: .....





Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... C.P.: .....

Tel.: ..... Correo Electrónico: .....

Miembro superior hábil: .....

Tarea habitual: ..... Tarea actual: .....

Agentes de Riesgo en el puesto del trabajador: .....

Preexistencias (en caso de existir, señalar la procedencia: Preocupacional/Dictámenes/ Sentencias): .....

Cálculo de la incapacidad preexistente: .....

Diagnóstico/s del siniestro: .....

Código C.I.E.-10 para el diagnóstico/s del siniestro: .....

**INCAPACIDAD**

Preexistencias: .....%	Capacidad Restante: .....%
<u>Lesiones Incapacitantes:</u>	
1) .....	.....%
2) .....	.....%
3) .....	.....%
4) .....	.....%
Mano hábil: 5% del : .....%	.....%
<b>Subtotal</b>	.....%





**FACTORES DE PONDERACIÓN:**

Tipo de actividad: .....% del .....% .....%

Reubicación laboral: .....% del .....% .....%

Edad: .....% .....%

Porcentaje: .....%

Tipo: PERMANENTE- Fallecimiento      Grado: PARCIAL-TOTAL      Carácter: DEFINITIVA

Incapacidad Integral (preexistencias más Incapacidad Incremental): .....%

**PRESTACIONES DINERARIAS**

VALOR DE INGRESO DE BASE (V.I.B.) (R.I.P.T.E. + Tasa) \_\_\_\_\_

PORCENTAJE INCAPACIDAD/FALLECIMIENTO \_\_\_\_\_

EDAD (P.M.I.) \_\_\_\_\_

CAPITAL PISO MÍNIMO: \_\_\_\_\_

COMPENSACIÓN ADICIONAL DE PAGO ÚNICO (C.A.P.U.): \_\_\_\_\_

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE PAGO ÚNICO (I.A.P.U. -20%-): \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL: \_\_\_\_\_

En este acto, las partes convienen:

Ejercer la opción prevista en el artículo 4° de la Ley N° 26.773, en favor del sistema de reparación previsto en la Ley de Riesgos del Trabajo y normas complementarias.

Elevar el presente proyecto de Convenio a consideración del Servicio de Homologación de la Comisiones Médicas, consintiendo que lo aquí acordado se encuentra condicionado a la decisión homologatoria dictada por la autoridad competente. A tales fines, el trabajador ejerce la opción por la competencia de la Comisión Médica N° \_\_\_\_\_, correspondiente al domicilio real / donde presta tareas / donde habitualmente se reporta, de conformidad con la documentación que lo acredita.

La A.R.T./E.A./E.N.A., dentro del plazo de CINCO (5) días de notificada del acto de homologación, deberá poner a disposición del trabajador el importe de la indemnización correspondiente, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° del Anexo I de la Ley N° 27.348, depositando el monto total en la Cuenta Sueldo N° \_\_\_\_\_, C.B.U.

\_\_\_\_\_ a nombre del trabajador.\*

Lo convenido no alcanza en forma alguna al otorgamiento de las prestaciones en especie previstas en el artículo 20 de la Ley N° 24.557, que pudieran requerirse con relación a la contingencia objeto del presente.

Prevía lectura, las partes firman de conformidad TRES (3) ejemplares de un mismo tenor.

\_\_\_\_\_  
A.R.T./E.A./E.N.A.      Trabajador Damnificado      Asesor Letrado del Damnificado

\* En caso de que el trabajador no posea una cuenta a sueldo al momento de hacer el depósito, se deberá informar la Localidad y Provincia en la cual se procederá al pago, a través de los bancos habilitados.





**Fecha de publicacion:** 21/03/2017

