



DATOS GENERALES

- A. Teléfono institucional.
- B. Fax institucional.
- C. Web institucional.
- D. E-mail institucional para gestionar consultas y reclamos, o LINK que derive al formulario de consultas y reclamos que posean en la web.
- E. Número de cuenta corriente en BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA (transferencias ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS -A.F.I.P.-).
- F. Clave Bancaria Uniforme (C.B.U.) de la cuenta corriente en BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA.
- G. Línea telefónica gratuita del Centro Coordinador de Atención Permanente (Ce.C.A.P.).
- H. Línea telefónica gratuita para consultas y reclamos de trabajadores y empleadores.
- I. Identificador Establecimiento Empresa de envío de documentación.
- J. Identificador Establecimiento Empresa Legal.
- K. Identificador Establecimiento Empresa Especial.

S.R.T.
04
W

Particularidades:

- 1- Los puntos E. y F. no deben ser completados por los Empleadores Autoasegurados



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

762

(E.A.).

- 2- El punto H no resulta de carácter obligatorio para los E.A..
- 3- El punto K no resulta de carácter obligatorio para aquellas Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (A.R.T.) / E.A. con sede social en la Ciudad Autónoma de BUENOS AIRES.

II. INTEGRACIÓN SOCIETARIA

Los siguientes datos no deben completarse por los E.A..

- A. Código Único de Identificación Tributaria (C.U.I.T.). (*)
- B. Porcentaje que integra.

Particularidades:

(*) En caso de tratarse de accionistas extranjeros que no posean C.U.I.T., deberán cargar la personería física o jurídica y el país de procedencia. Para ello deberán ingresar los ONCE (11) dígitos definidos en la última versión de la Clave de Identificación para personas y organizaciones del exterior de la A.F.I.P. según Anexo II de la **Resolución GENERAL N° 160 de fecha 02 de julio de 1998 y modificatorias**. Conjuntamente con dicha identificación, deberá ingresarse la denominación del accionista extranjero.



III. RESPONSABLES, ORGANIGRAMA Y DESIGNACIONES

- A. Para los cargos descriptos a continuación, se solicitará información relativa a:



762

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Nombre y Apellido, Teléfono, Interno, Móvil/Celular, E-mail e Identificador de Establecimiento Empresa donde desempeña sus tareas.

Asimismo, se solicitará que especifique si integra el Directorio y/o Comité de Control Interno.

1. Autoridad Directiva / Presidente.
2. Vicepresidente.
3. Directores Titulares/Consejo Directivo Titular.
4. Directores Suplentes/Consejo Directivo Suplente.
5. Síndicos Titulares/Junta Fiscalizadora.
6. Síndicos Suplentes/Junta Fiscalizadora Suplente.
7. Asesores
8. Autoridad Ejecutiva/Gerente General grupo seguro.
9. Gerente A.R.T./Máxima autoridad ejecutiva de la Unidad Ejecutora de Riesgos del Trabajo (U.E.R.T.) del Autoaseguro.
10. Máxima autoridad del área/Gerente.
 - a) Administración.
 - b) Atención al público.
 - c) Contratos/Recaudación.
 - d) Control interno.
 - e) Legal.
 - f) Médica.
 - g) Prestaciones dinerarias.





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

- h) Prestaciones en especie.
 - i) Prevención/Higiene y Seguridad en el Trabajo.
 - j) Siniestros.
 - k) Sistemas.
 - l) Otra área no especificada.
11. Responsable de Sector Operativo.
- a) Accidentes y Enfermedades Profesionales.
 - b) Auditoría de prestaciones médicas.
 - c) Comisiones Médicas.
 - d) Construcción.
 - e) Contable.
 - f) Empresas con Siniestralidad Elevada.
 - g) Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.
 - h) Grupo Básico.
 - i) Investigación de Accidentes y Enfermedades Profesionales.
 - j) Medicina del Trabajo.
 - k) Médico por Ventanilla Electrónica.
 - l) PyMES.
 - m) Recalificación profesional.
 - n) Registros.
 - o) Seguimiento de Casos Crónicos.
 - p) Tasa uniforme / Contribución financiamiento.





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

762

- q) Traslados.
 - r) Otro sector operativo especificado.
12. Comité Mixto.
- a) Presidente.
 - b) Secretario.

Particularidades:

En el siguiente cuadro se especifica la obligatoriedad o no de completar los campos, discriminando por tipo de A.R.T. y E.A..

S=OBLIGATORIO

N=NO OBLIGATORIO

O=OPCIONAL

RESPONSABLES	A.R.T.				E.A.	
	PURA	RAMA	COOP.	MUTUAL	PUB.	PRIV.
1. Autoridad Directiva/Presidente	S	S	S	S	N	S
2. Vicepresidente	O	O	O	O	N	O
3. Directores Titulares/Consejo Directivo Titular	S	S	S	S	N	S
4. Directores Suplentes/Consejo Directivo Suplente	O	O	O	O	N	O
5. Síndicos Titulares/Junta Fiscalizadora	S	S	S	S	N	S
6. Síndicos Suplentes/Junta Fiscalizadora Suplente	O	O	O	O	N	O
7. Asesores	O	O	O	O	O	O
8. Autoridad Ejecutiva/Gerente General grupo seguro	N	S	N	N	N	S
9. Gerente A.R.T./Máxima autoridad ejecutiva de la U.E.R.T. del Autoaseguro	S	S	S	S	S	S
10. Gerente o máxima autoridad del área						
a) Administración	S	S	S	S	O	O
b) Atención al Público	S	S	S	S	S	S
c) Contratos/Recaudación	S	S	S	S	N	N
d) Control Interno	S	S	S	S	N	N
e) Legal	S	S	S	S	S	S





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

RESPONSABLES	A.R.T.				E.A.	
	PURA	RAMA	COOP	MUTUAL	PUB.	PRIV
f) Médica	S	S	S	S	S	S
g) Prestaciones Dinerarias	S	S	S	S	S	S
h) Prevención/Higiene y Seguridad en el Trabajo	S	S	S	S	S	S
i) Siniestros	S	S	S	S	O	O
j) Sistemas	S	S	S	S	S	S
k) Otra área no especificada	O	O	O	O	O	O
11. Responsable de Sector Operativo						
a) Accidentes y Enfermedades Profesionales	S	S	S	S	S	S
b) Auditoría de prestaciones médicas	S	S	S	S	S	S
c) Comisiones Médicas	S	S	S	S	S	S
d) Construcción	S	S	S	S	S	S
e) Contable	S	S	S	S	O	O
f) Empresas con Siniestralidad Elevada	S	S	S	S	S	S
g) Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales	S	S	S	S	S	S
h) Grupo Básico	S	S	S	S	S	S
i) Investigación de Accidentes y Enfermedades Profesionales	S	S	S	S	S	S
j) Medicina del Trabajo	S	S	S	S	S	S
k) Médico por Ventanilla Electrónica	S	S	S	S	S	S
l) PyMES	S	S	S	S	N	N
m) Recalificación profesional	S	S	S	S	S	S
n) Registros	S	S	S	S	N	N
o) Seguimiento de Casos Crónicos	S	S	S	S	S	S
p) Tasa uniforme/Contribución financiamiento	S	S	S	S	S	S
q) Traslados	S	S	S	S	S	S
r) Otro sector operativo no especificado	O	O	O	O	O	O
12. Comité Mixto						
a) Presidente	N	N	N	N	S	S
b) Secretario	N	N	N	N	S	S

B. Organigrama firmado por la máxima autoridad ejecutiva de la A.R.T., ART- MUTUAL o máxima autoridad de la U.E.R.T. autoasegurada -adjuntando el mismo en Formato de Documento Portable (P.D.F.)-, transmitiendo en forma gráfica la composición de la organización hasta mandos medios.





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

- C. Especificar número y fecha del acta del Órgano de Administración con la última designación del Comité de Control Interno (C.C.I.).
- D. Especificar número y fecha del acta del Órgano de Administración con la última designación del Responsable de Control Interno (R.C.I.).
- E. Especificar número y fecha del acta de Directorio u Órgano de Administración, en caso de Empleadores Privados, con la designación de los integrantes del Comité Mixto (Co.Mi.) y en caso de Organismos Públicos, acto administrativo de la máxima autoridad del Organismo autoasegurado con la designación del Co.Mi.. En ambos casos debe especificar la cantidad de integrantes del Co.Mi..
- F. Copia escaneada del Acta del Órgano de Administración con la última designación del C.C.I. (adjuntando el mismo en P.D.F.).
- G. Copia escaneada del Acta del Órgano de Administración con la última designación del R.C.I. (adjuntando el mismo en P.D.F.).
- H. Copia escaneada del Acta de Directorio u Órgano de Administración con la última designación de los representantes del Co.Mi.(adjuntando el mismo en P.D.F.).

Particularidades:

Los plazos para remitir las modificaciones sobre lo requerido en los puntos F y G se encuentran reglamentados en la Resolución S.R.T. N° 734 de fecha 26 de junio de 2008 y en la Disposición de la entonces Gerencia de Control de Entidades (G.C.E.) N° 01 de fecha 29 de mayo de 2009 y modificatorias.





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

762

Los plazos para remitir las modificaciones sobre lo requerido en el punto H se encuentran reglamentados en el Anexo IV, punto 10 de la Resolución S.R.T. N° 3.528 de fecha 09 de noviembre de 2015 y modificatorias.

El/los responsables de Prevención e Higiene y Seguridad en el Trabajo deben regirse por lo estipulado en el artículo 11 del Decreto N° 1.338 de fecha 25 de noviembre de 1996.

IV. SUCURSALES, OFICINAS COMERCIALES O AGENCIAS

Los siguientes datos no deben completarse por los E.A..

- A. Identificador Establecimiento Empresa.
- B. Tipo de Establecimiento (Casa matriz, sucursal, oficina o agencia comercial).
- C. Teléfono.
- D. Responsable del Establecimiento.

(Indicando: C.U.I.T./C.U.I.L., Teléfono, Interno, E-mail).

- E. Funciones del Establecimiento.
 - 1. Gestión comercial y cotización de contratos.
 - 2. Emisión de contratos.
 - 3. Cobranzas de cuotas.
 - 4. Pago de prestaciones dinerarias.
 - 5. Servicios de prevención.
 - 6. Atención al público (recepción de consultas, reclamos y quejas).





762

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

7. Recepción de denuncias de siniestros, gestión de aceptación o rechazo.
8. Recepción de denuncias por incumplimiento de higiene y seguridad.
9. Servicios de prestaciones médicas y en especie.
 - a) Auditoría médica.
 - b) Recalificaciones.
 - c) Presentaciones ante Comisión Médica Jurisdiccional.
 - d) Gestión de turnos médicos y autorización de prestaciones.
 - e) Gestión de traslados.
 - f) Gestión de reintegros (traslados, farmacéuticos, etc.).





Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

762

ANEXO II

Designación de Responsable del Registro de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y Empleadores Autoasegurados	
Cambio de Responsabilidades	
Datos de la Organización	
Código C.A.R.T. del Autoaseguro: _____	
Nombre de la máxima autoridad ejecutiva de la U.E.R.T.: _____	
Nombre del responsable designado para su ejecución: _____	
Función en la Organización del nuevo responsable: _____	
Dependencia jerárquica del nuevo responsable: _____	
Designación	
Fecha de designación de de	
Firma del responsable	Firma del nuevo responsable

