

Corte Suprema de Justicia de la Nación
Administración General

RESOLUCIÓN N° 3990/97.

Expte. N° 13 - 18.520/97

Buenos Aires, *26* de *Diciembre* de 1997.-

VISTO:

El expediente N° 13-18.520/97 caratulado: "Trámite particular - Accidente de Trabajo- Ponce, Elsa", y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 24.557 incorporó la obligatoriedad del procedimiento de conciliación ante la autoridad administrativa laboral como paso previo a la traba de la litis.

Que el legislador al reemplazar la actuación administrativa voluntaria por la obligatoria ha tenido en miras habilitar un espacio en donde las partes puedan resolver sus conflictos antes de la instancia judicial.

Que es menester, ante la laguna legal que ha significado el tránsito de un régimen jurídico a otro, establecer la forma y procedimiento para que el Poder Judicial pueda comparecer a estar a derecho en la vía de conciliación obligatoria, en los reclamos anteriores a la vigencia de la Ley N° 24.557 y a la eventual contratación de un seguro de riesgo por accidente de trabajo, el cual se halla en trámite de adjudicación.

Que a los efectos de facilitar al trámite previo a cualquier otra instancia administrativa o judicial se establece la intervención del Cuerpo Médico Forense, a cuyo fin se adopta un formulario tipo a completar por los agentes en ocasión del reclamo por accidente de trabajo.

Por ello,

SE RESUELVE:

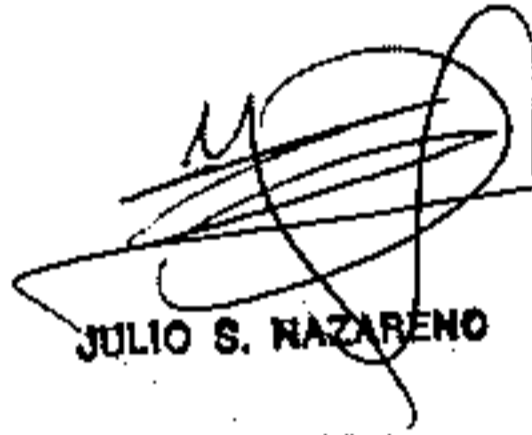
1º) Apruébase el formulario tipo para la denuncia de Accidentes de Trabajo, el que se acompaña como Anexo I, formando parte de la presente resolución, para su utilización en todo el ámbito del Poder Judicial de la Nación. El duplicado será remitido por cuerda separada a la Dirección de Recursos Humanos para la formación de la base estadística de datos.

2º) En los casos pendientes de resolución por aplicación de la legislación anterior, se tramitará -previa intervención del Cuerpo Médico Forense, quien deberá integrar una junta médica a fin de determinar la procedencia de la incapacidad ocasionada- el reconocimiento del grado de incapacidad laboral determinada.

3º) Autorizar al Sr. Administrador General, a designar al funcionario que represente al Poder Judicial en las audiencias de conciliación obligatoria ante el Ministerio de Trabajo.

4º) La Dirección de Administración Financiera procederá a efectuar las liquidaciones en base a la remuneración del agente y el porcentaje de incapacidad determinada en el punto 2º de la presente.

Regístrese, hágase saber y archívese. -



JULIO S. NAZARENO

**PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN
ADMINISTRACIÓN GENERAL**

DENUNCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

A) IDENTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA DONDE TRABAJA EL ACCIDENTADO

Denominación de la Dependencia	
Domicilio:	Piso:
Oficina Nº:	Tel. Nº:
C.P.:	

B) CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL ACCIDENTADO

Apellido/s y Nombre/s completos:			
Nacionalidad:	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento: ___/___/___	
Lugar de nacimiento:	C.I.Nº:	D.N.I. - L.E. - L.C. Nº:	
Domicilio: Calle			Nº:
Localidad:	Provincia:	C.P.:	
Sexo:	F	M	
Profesión:	Especialidad:	¿Escribe? SI	NO
		¿Lee? SI	NO
Categoría del cargo:			
Nº de Legajo:			
Remuneración Bruta:			
Otras retribuciones:			
Horas que trabaja:	Por día:	Por semana:	Antigüedad en el Poder Judicial:
Firma que usa habitualmente:			

C) DERECHO - HABIENTES (Padre, Madre, Esposa e hijos menores de 21 años; indicando en caso de accidente mortal o accidente que se supone pueda tener esa consecuencia)

Apellido/s y Nombre/s	Parentesco	País de residencia

D) CIRCUNSTANCIA RELATIVA AL ACCIDENTE

Lugar donde ocurrió el accidente	Fecha ____/____/____	Hora:
Circunstancias en que se produjo:		
Accidente	Enfermedad:	
Tareas que efectuaba el interesado en aquel momento:		
Fecha en que abandonó el trabajo: ____/____/____	Tareas Habituales:	
Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:		
Parte del cuerpo lesionada:	Mencionar si se usaron elementos de seguridad o protección:	SI NO
Lesión sufrida (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones etc):		
Nombre del médico o establecimiento sanitario que prestó los primeros auxilios:		
Prestando la asistencia médica en (consultorio, sanatorio, hospital, etc.):		

E) TESTIGO

Apellido/s y Nombre/s	Domicilio

F) OTROS DATOS

Se instruyó sumario policial:	SI	NO
Autoridad a la que fue elevado (si es Juez indicar también Secretaría):		
Sufrió antes otros accidentes:	SI	NO
Lugar y fecha en que se hace esta denuncia:		Fechas:
Autoridad ante quién se efectúa:		
Apellido/s y Nombre/s del denunciante:		
Relación con el accidentado:		
Domicilio: Calle.	Nº:	
Localidad:	Provincia:	C.P.:
ACCIDENTADO:		
EMPLEADOR:		
PERSONA AUTORIZADA:		
<hr/> FIRMA Y ACLARACIÓN		