



# PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA

- Instructivo -

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD LABORAL  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PERSONAL  
SUBSECRETARÍA DE EMPLEO PÚBLICO Y GESTIÓN DE BIENES  
MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

## INTRODUCCIÓN

La Ley de Riesgos de Trabajo N° 24557 tiene como objetivo reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo; reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado; promover la recalcificación y la recolocación de los trabajadores damnificados y promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

La Ley cubre las contingencias de:

**Accidentes de trabajo:** Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo.

**Accidentes In Itinere:** Accidentes producidos en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

**Enfermedad Profesional:** Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo.

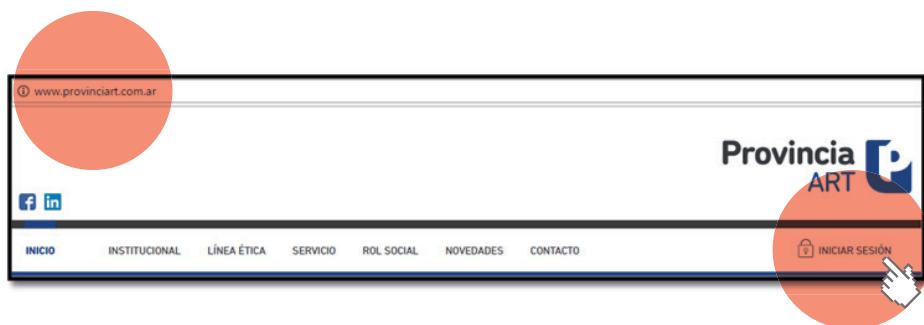
Conforme la adhesión de la Provincia en el régimen de Autoseguro por Decreto N°3858/07, de fecha 01/01/07, siendo Provincia ART SA administradora del Régimen y la Subsecretaría de Capital Humano perteneciente al Ministerio de Jefatura de Gabinete, la autoridad de aplicación del mismo, se ha normado el siguiente procedimiento de formalización de denuncias cubiertas por la Ley de Riesgos, a fin de ordenar e instruir en la temática.

## ACCESO AL SISTEMA

El ingreso al sistema, se encuentra en el portal de Empleo Público y Gestión de Bienes [www.gba.gob.ar/empleopublico](http://www.gba.gob.ar/empleopublico), dirigirse a la sección **Trámites** donde encontrarán dentro de **Autoseguro** un enlace que redirecciona a la página de ProvART (<http://www.provinciart.com.ar>).

Para acceder a su perfil, deberá INICIAR SESIÓN con el usuario, solicitado por el Director de Personal, o quien haga sus veces, previamente a la Dirección de Seguridad Laboral a través del formulario de ALTA DE USUARIO, que como ANEXO I, integra este manual.

El formulario deberá ser completo con letra clara y enviado formalmente a la Dirección (sistema GDEBA para aquellos organismos obligados a su uso).



## ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Ingresado a su perfil, deberá dirigirse al botón de ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, para acceder al menú de DENUNCIA o CONSULTA.



## 1. DENUNCIA

En la opción de DENUNCIA, se encuentran 3 opciones de acuerdo a la gestión que se desee realizar:

- a) FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS INICIADAS A TRAVÉS DEL 0800-333-1333.
- b) ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS (Función NO operativa en el portal)
- c) CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS.

Los siniestros deberán iniciarse través del CEM (centro de emergencias médicas) 0800-333-1333 atento el procedimiento normado por RESOL-2019-34-GDEBA-SSCHMJGM, a fin de que PROVART genere la carga de los datos inicial del siniestro en su página.

Por tal motivo, las opciones operativas, son las de FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS INICIADAS A TRAVÉS DEL 0800-333-1333, y la de CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS.

DENUNCIA CONSULTA

### Denuncias de Siniestros

>> [Términos y Condiciones de uso](#)

> Recuerde que consignar la información precisa, nos permitirá agilizar la gestión para lograr un mejor seguimiento del caso y una más rápida recuperación del accidentado.

Seleccione la gestión que desea realizar:

- // FINALIZACIÓN DE DENUNCIAS INICIADAS A TRAVÉS DEL 0800-333-1333
- // ALTA DE NUEVAS DENUNCIAS
- // CONSULTA DE DENUNCIAS REALIZADAS

### a) Finalización de denuncias iniciadas a través del 0800-333-1333.

A efectos de finalizar la denuncia el sistema permite ingresar el número de denuncia que le otorgó el CEM. En caso de no recordarlo, puede realizar la búsqueda por número de documento o nombre del trabajador accidentado.

De lo contrario, presionando el botón BUSCAR, se listarán todas las denuncias iniciadas por los agentes de su organismo, a fin de seleccionar la que deba finalizar.

MI CONTRATO	GESTIÓN PREVENCIÓN	REINTEGROS	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	
DENUNCIA CONSULTA				
<h2>Finalización de Denuncias Iniciadas a través del 0800-333-1333</h2> <p>Seleccione la denuncia iniciada sobre la cual desea completar los datos. Para agilizar la búsqueda, ingrese el número de denuncia que le otorgó el CEM. En caso de no recordarlo, realice la búsqueda por número de documento o nombre del trabajador accidentado.</p> <p>Documento del Trabajador <input type="text"/></p> <p>Nº de Denuncia CEM <input type="text"/></p> <p>Nombre del Trabajador <input type="text"/></p> <p>Fecha de Siniestro <input type="text"/> </p> <p>Fecha de Denuncia Desde <input type="text"/>  Hasta <input type="text"/> </p> <p>VOLVER</p>				
				
Nº CEM	C.U.I.L.	NOMBRE	FECHA SINIESTRO	HORA SINIESTRO
	XXXXXXXXXX	XXXXXX XXXX XXXXXXXXXX	XX/XX/XXXX	XX:XX

## DENUNCIA DEL SINIESTRO

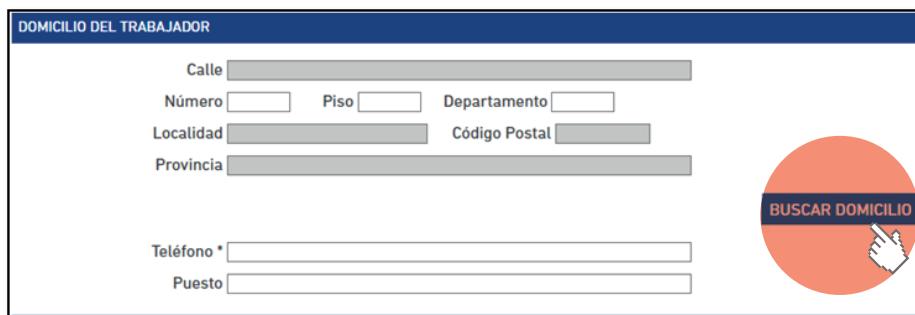
Se deberán cargar los siguientes campos, a fin de finalizar la denuncia en cuestión:

1) Datos del Trabajador accidentado.

DENUNCIA CONSULTA	
<h2>Denuncia de Siniestros</h2>	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO</b>	
<p>Si el trabajador no se encuentra dado de alta en la nómina de la empresa, haga clic aquí para darlo de alta.</p>	
<p>C.U.I.L. * <input type="text"/></p>	
<p>Apellido y Nombre * <input type="text"/></p>	
<p>Sexo Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/></p>	
<p>Estado Civil <input type="text" value="- SELECCIONAR -"/></p>	<p>Nacionalidad <input type="text" value="- SELECCIONAR -"/></p>
<p>Fecha Nacimiento * <input type="text"/> </p>	
<p>Fecha Ingreso a la Empresa <input type="text"/> </p>	

## 2) Domicilio del Trabajador.

En esta pantalla se deberán cargar los datos referidos al domicilio del trabajador siniestrado ingresando en la opción de **BUSCAR DOMICILIO**. Inmediatamente se abrirá una segunda pantalla donde se deberá colocar el domicilio personal y aceptar los datos.



Formulario de búsqueda de domicilio del trabajador. El formulario tiene un encabezado azul con el título "DOMICILIO DEL TRABAJADOR". Los campos de entrada son:

- Calle: campo de texto largo.
- Número: campo de texto corto.
- Piso: campo de texto corto.
- Departamento: campo de texto corto.
- Localidad: campo de texto largo.
- Código Postal: campo de texto corto.
- Provincia: campo de texto largo.
- Teléfono \*: campo de texto largo.
- Puesto: campo de texto largo.

En la parte inferior derecha del formulario hay un botón circular rojo con el texto "BUSCAR DOMICILIO" y un cursor de mouse apuntando a él.

## 3) Datos del Siniestro.

**Reagravamiento:** El artículo 45 de la Resolución 298/17 considera Reagravamiento, a los efectos de lo previsto en el artículo 14 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo sustitutivo del artículo 46 de la Ley N° 24.557, las secuelas consolidadas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que, como consecuencia de un siniestro posterior, produzcan una incapacidad sobreviniente.

**Tipo de siniestro:** El sistema despliega las siguientes opciones:

- **Enfermedad Profesional:** El artículo 6 de la ley 24.557 enuncia que "...se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

- **Lugar de Trabajo o in itinere:** El artículo 6 de la ley 24.557 enuncia que "...se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo..."

**DATOS DEL SINIESTRO**

Reagravamiento  **No es posible cargar un agravamiento sin un siniestro precedente.**

Tipo de Siniestro \*

Fecha Siniestro \*     Fecha Recaida

Hora Accidente    H. Jorn. Laboral de   a

Lugar de Ocurrencia

#### 4) Domicilio de ocurrencia del accidente.

**DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE**

Calle

Número  Piso  Departamento

Código Postal  Provincia

Localidad

Establecimiento  CUIT Contratista \*

Descripción de tareas al momento del accidente (máximo 100 caracteres)

#### 5) Detalle del siniestro.

**Descripción del Hecho:** En este campo se refleja lo manifestado al momento de efectuar la denuncia ante Provart. Por tal motivo no es un campo editable.

**Rectificar:** En caso de objetar lo detallado en el campo de “Descripcion del Hecho” se debiera tildar dicha opción, a fin de manifestar sobre los hechos sobre los cuales se tuvo conocimiento.

En caso de desconocer lo acontecido, podrá adjuntar documentación respaldatoria (ver sección Documentos) a través de la web, o bien dirigir la misma via e-mail a la casilla de correo de Provart: [investigaciones@provart.com.ar](mailto:investigaciones@provart.com.ar).

Los campos de forma del accidente, agente material, parte del cuerpo lesionada y naturaleza de la lesión se deberán completar atento lo normado por la Resolución SRT 3326/14 y modificatorias.

Es de suma importancia que exista una relación coherente entre cada opción elegida.

DETALLE DEL SINIESTRO	
Descripción del Hecho * (máximo 250 caracteres)	<input type="text"/>
¿Desea rectificar? <input checked="" type="checkbox"/>	
Rectificación del Hecho (máximo 250 caracteres)	<input type="text"/>
Forma del Accidente	<input type="text"/>
Agente Material	<input type="text"/>
Parte del Cuerpo Lesionada	<input type="text"/>
Naturaleza de la Lesión	<input type="text"/>
Gravedad Presunta	<input type="text" value="1"/>
Mano Hábil	<input type="text" value="Ambas"/>
Accidente de Tránsito	<input type="text" value="- SELECCIONAR -"/>

6) Prestaciones médicas.

Deberá seleccionar el prestador médico que le brindó el servicio de atención médica.

**PRESTACIONES MÉDICAS**

Utilice el buscador de prestadores para localizar donde fue atendido el trabajador accidentado. Si no lo encuentra, detalle la razón social, el domicilio y teléfono del prestador.

**BUSCAR PRESTADOR** ✕

Razón Social

Teléfono

Domicilio

## 7) Responsable

**RESPONSABLE**

Lugar

Denunciante

D.N.I.

*Los campos marcados con asterisco \* son obligatorios.*

VOLVER **ENVIAR**

## 8) Documentos

En esta sección, el responsable de completar la presente denuncia, podrá acompañar documentación respaldatoria de los hechos. Entre ellas se destaca la denuncia policial en caso de siniestros in itinere en los cuales haya terceros implicados, o bien cualquier otro tipo de documentación que considere de relevancia.

**DOCUMENTOS**

Seleccionar archivo | Ningún archivo seleccionado ⓘ

**NOTA:**  
*Recordá que contás con la opción de subir documentación requerida en versión digitalizada, escaneando un documento por cada archivo: dni del trabajador, último recibo de sueldo del trabajador, denuncia policial o exposición civil (en los casos que corresponda). La misma es de vital importancia para la para la gestión del siniestro pero, no obstante, la carga es optativa y es importante que sepas que no condicionará la finalización de la denuncia.*

*Los campos marcados con asterisco \* son obligatorios.*

VOLVER **ENVIAR**

c) Consulta de denuncias realizadas.

Esta opción permite consultar denuncias realizadas previamente.



The screenshot shows a web interface for searching completed claims. At the top, there are tabs for 'DENUNCIA' and 'CONSULTA'. The main heading is 'Consulta de Denuncias Realizadas'. Below the heading, a message says 'Utilice los siguientes filtros para buscar la denuncia que desea realizar:'. There are several input fields: 'Documento del Trabajador' (text), 'Fecha de Siniestro' (calendar icon), 'Nº de Siniestro' (text), 'Nº de Transacción' (text), and 'Nombre del Trabajador' (text). A note states 'Si no se especifica ningún filtro, se detallará la lista completa.' At the bottom left is a 'VOLVER' button and at the bottom right is a 'BUSCAR' button.

## 2. CONSULTA

Esta opción permite acceder a los datos de siniestro, o bien del historial de siniestros en caso de que la búsqueda sea realizada por CUIL del agente. De esta manera, podrá exportar una síntesis del siniestro como asimismo, acceder a las COMUNICACIONES que PROVART hubiera realizado en tanto las haya exportado a su sitio web.



The screenshot shows a web interface for searching accidents. At the top, there are tabs for 'DENUNCIA' and 'CONSULTA'. The main heading is 'Consulta de Siniestros'. To the right of the heading is a link '>> Términos y Condiciones de uso'. Below the heading, a message says 'Ingrese periodo, C.U.I.L. y/o Nombre y consulte la situación de los siniestros del personal de su empresa.' There are several input fields: 'Nº Siniestro' (text), 'C.U.I.L.' (text), 'Apellido y Nombre' (text), and 'Fecha' (dropdown menu). There are also 'Desde' and 'Hasta' fields with calendar icons, and an 'APLICAR' button. On the right side, there are checkboxes for 'Excluyente' (unchecked), 'Sin Alta' (checked), and 'Con Alta' (checked). At the bottom right is a 'BUSCAR' button.

## Consulta de Siniestro

**N° Siniestro** XXXXXXXXXX  
**Apellido y Nombre** XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXX  
**C.U.I.L.** XXXXXXXXXX  
**Fecha de Siniestro** 20/03/2018 - 17:30 hs.  
**Tipo Contingencia** Lugar de Trabajo  
**Estado** ACTIVO  
**F. Recepción de Denuncia** 20/03/2018  
**Domicilio Denuncia** RUTA 4 Loc.BURZACO  
**Descripción** REFIERE QUE TRABAJANDO EN UN AUTO OFICIAL DE LOTERIA LO CHOCA UN CAMION GOLPEANDOSE EL CUELLO, ESPALDA.  
**Prestador** PROVINCIA A.R.T. - LA PLATA - (CONTROL DE PRESTACIONES)  
**Diagnóstico** CONDUCTOR DE AUTOMÓVIL LESIONADO POR COLISIÓN CON OTROS VEHÍCULOS DE MOTOR, Y CON LOS NO ESPECIFICAD  
**Baja Médica** 20/03/2018  
**Tratamiento** Ambulatorio  
**Gravedad** LEVE  
**Fecha Último Control** 22/03/2018  
**Fecha de Citación Auditoria** 23/03/2018  
**Alta Médica** 23/03/2018  
**Alta** SI  
**Tipo de Alta** Fin de Tratamiento.  
**Días** 4

IMPRIMIR

### COMUNICACIONES DEL SINIESTRO

Tipo de Comunicación 

BUSCAR



# ANEXO

•  
- Formulario de Alta de usuario -

**- SINIESTROS AUTOSEGURO -**  
FORMULARIO DE ALTA DE USUARIO

**DATOS DEL USUARIO**

Nombre/s y Apellido/s: \_\_\_\_\_

N° Documento: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Organismo: \_\_\_\_\_

**FUNCIONALIDADES**

Consulta de siniestros

Denuncia de siniestros

(Completar con letra clara)



## CONTACTO

Ante cualquier duda o inquietud que tengas comunícate con nosotros por estas vías:



[dir.seguridadlaboral@gmail.com](mailto:dir.seguridadlaboral@gmail.com)



Calle 14 e/ 56 y 57 N° 1176 - 1° Piso

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**