



JUNTAS MÉDICAS (Solicitud)

DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE OPERACIONES E INFORMACIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO
SUBSECRETARÍA DE EMPLEO PÚBLICO Y GESTIÓN DE BIENES

INTRODUCCIÓN

En este manual se indican los diferentes procedimientos de solicitud de Junta Médica a la Dirección de Salud Ocupacional, según corresponda para organismos del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires (ley 10.430 art 49), municipios (ley 11.757 art.32), Poder Judicial y la Dirección General de Cultura y Educación (art 28 Decreto 476/81 reglamentario de Decreto Ley 9650/80) y Poder Legislativo.

En lo que respecta a los municipios, sólo se evaluarán aquellas con incapacidad laboral total y permanente, es decir valor porcentual mayor a 66% según BAREMO Nacional.

La solicitud de Junta Médica la debe realizar el área de recursos humano de cada repartición mediante expediente electrónico, vía GDEBA, o expediente papel para aquellos Organismos que no dispongan GDEBA.

Asimismo, la Dirección de Salud Ocupacional, en base al historial de Licencias de los agentes, tiene la potestad de indicar a las áreas de Recursos Humanos correspondientes la iniciación de solicitud de Junta Médica.

PROCEDIMIENTO

Para organismos del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires (excepto la DGCyE)

La documentación a vincular a los expedientes de solicitud de Junta Médica es la siguiente:

- PLANILLA DE SOLICITUD DE JUNTA MEDICA – ANEXO I
- HOJA SIAPE con tema “solicitud de junta médica” y subtema. La misma se descarga desde SIAPE
- FOTOCOPIA DE DNI del agente.
- INFORME LABORAL. (opcional), expedido por la Dirección de Personal o cual haga sus veces del organismo solicitante. Se debe informar, si las hubiere, la existencia de situaciones conflictivas del agente, incumplimientos graves, u otros aspectos en el desempeño laboral que se considere relevante informar.

El buzón GDEBA al cual deben enviárselos expedientes electrónicos es “DSOMJGM - MESADEENTRADA”.

Para los municipios de la provincia de Buenos Aires, la DGCyE, el Poder Judicial y el Poder Legislativo

La documentación a vincular a los expedientes de solicitud de Junta Médica es la siguiente:

- PLANILLA DE SOLICITUD DE JUNTA MEDICA – ANEXO I
- HOJA SIAPE con tema “solicitud de junta médica” y subtema. La misma se descarga desde SIAPE .
- FOTOCOPIA DE DNI del agente.
- INFORME DE JUNTA MEDICA LOCAL detallando el porcentaje de incapacidad, el cual debe ser mayor al 66% para proceder a la consideración en le Dirección de Salud Ocupacional de la potencial jubilación del agente.
- INFORME LABORAL. (opcional), expedido por la Dirección de Personal o cual haga sus veces. Se debe informar, si las hubiere, la existencia de situaciones conflictivas del agente, incumplimientos graves, u otros aspectos en el desempeño laboral que se considere relevante informar.

El expediente debe ser enviado a la Mesa de Entradas de la Dirección de Salud Ocupacional – domicilio calle 14 n°1176, La Plata, Buenos Aires.

CONSIDERACIONES PARA COMPLETAR ANEXO I

El Formulario Único de Solicitud de Junta Médica lo debe confeccionar el empleador de la siguiente manera:

- Se consigna el apellido y nombre del agente, su tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento y número de legajo.
- El domicilio y la dirección de correo electrónico que se consignan deben ser actualizados, ya que el mismo tendrá el carácter de domicilio electrónico, comprometiéndose el agente a chequearlo cotidianamente.
- Número de teléfono del domicilio particular y/o del teléfono celular.
- Se debe especificar el nivel de instrucción alcanzado por el agente en forma completa, ya sea este primario, secundario, terciario y/o universitario. No se consignan niveles incompletos.
- Respecto del ente empleador se debe completar: Nombre de la institución, mail institucional (CON CARÁCTER DE DOMICILIO ELECTRÓNICO) de la dirección de personal, o la que haga las veces de ella. Será por este medio que se informará de la citación a Junta Médica del agente, cuya notificación estará a cargo de dicha dirección.
- Se debe especificar la fecha de ingreso del agente a la actividad, y en el caso de que sea cesado, consignar fecha de cese, al igual que se debe consignar reingreso laboral del mismo. Ante este último supuesto consignar todos los que existan en su historia laboral en el ámbito provincial o municipal, según el caso.
- Es necesario que se detalle la función o tarea que realiza, y detallar si hubo cambio de función y/o tareas, así mismo si hubo un reingreso se debe informar la tarea que realizaba y/o realiza.
- Se debe informar si el empleado tuvo aportes a otras cajas, si fue así en qué fecha y cuántos años, solo a título ilustrativo.
- El empleador, además, deberá consignar si se le realizó examen preocupacional, de existir, deberá adjuntar copia (autenticada) del que figura en el legajo del agente, al igual que la copia (autenticada) de los exámenes de salud que se le hayan realizado periódicamente.
- Si el agente en cuestión se encuentra en uso de licencia por enfermedad, se debe especificar la fecha de inicio de la licencia y el total de días de inasistencia, en virtud de lo cual se debe definir el motivo y la fecha de solicitud de junta médica.
- Cabe aclarar que serán devueltos aquellos expedientes, en los que no se encuentre dicho

formulario completo, en el que debe constar la firma del Director de Personal o Recursos Humanos del Ente Empleador.

- Las copias de documentación que se adjunten al presente, y/o al expediente deben ser autenticadas por la autoridad competente (directores, Jefes de Departamento, Delegados Previsionales o personal autorizado, cuya firma debe estar acompañada del respectivo sello aclaratorio)



ANEXO I
FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD A JUNTA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: LEGAJO N°:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO ACTUALIZADO:

TELÉFONO: MAIL PERSONAL:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
(Primario, Secundario, Terciario y/o Universitario)

ENTE EMPLEADOR:

MAIL INSTITUCIONAL :
(Para recepción de citaciones a junta médica)

FECHA DE INGRESO: CESE: REINGRESO:
(Según cada caso)

FUNCIÓN O TAREA QUE REALIZA:

CAMBIOS DE FUNCIÓN y/o DE TAREAS:
(Si hubo reingreso informar, tarea que realizaba y/o tarea que realiza)

APORTE A OTRAS CAJAS:

EXAMEN PREOCUPACIONAL: SI - NO
(Si se realizó, adjuntar copia en el caso que conste en legajo del agente)

EXÁMENES PERIÓDICOS DE SALUD: SI - NO
(Si se realizaron, adjuntar copia en el caso que conste en legajo del agente)

¿SE ENCUENTRA EN USO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD? SI - NO

Fecha de inicio de la licencia: Total de días habilitados:

MOTIVO DE SOLICITUD A JUNTA MÉDICA
(Marcar con una cruz):

FECHA DE SOLICITUD:

a) EVALUACION DE INCAPACIDAD PSICOFISICA a los FINES PREVISIONALES

b) EVALUACION DE LA CAPACIDAD LABORATIVA:

b.1) Reasignación de tareas:
b.2) Reubicación Laboral

* Serán devueltos según los expedientes, en los que no se encuentre dicho formulario completo.

Firma y Sello
Director/a y/o Jefe/a de Personal