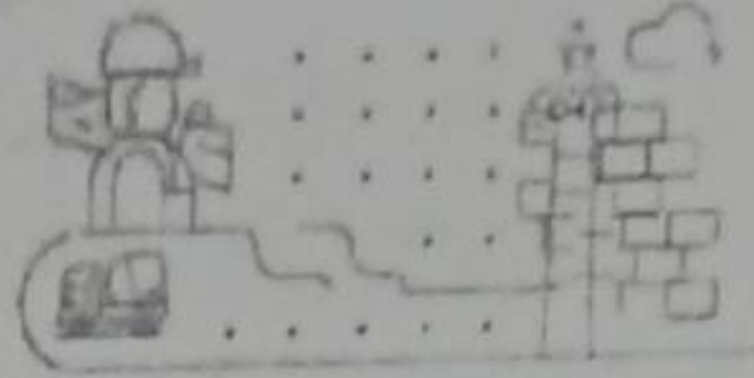
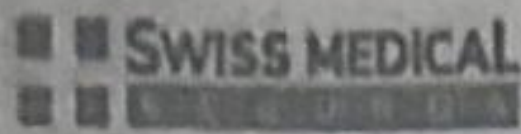


casilla COVID 0810-333-303



ROBERTO RUEDA
en Representación
Dirección General de Educación Primaria
Ministerio de Educación, Cultura y Tecnología
Provincia de Salta

Rob 14-06-21

LEONOR G. BULACIO
TECNICA ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN GRAL. DE EDUC. PRIMARIA
MIN. DE EDUCACIÓN, CULTURA Y TEC.
14-6-21

MORALES DE YAPURA MARIELENA
SUPERVISOR TÉCNICO - SUPERVISIÓN GRAL.
DIRECCIÓN GRAL. DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y E.I.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN - PROVINCIA DE SALTA
14-6-21

PROF. JOSE E. CORREA
Director General
Dirección Gral. de Educación Primaria
Ministerio de Educación, Cultura y Tecnología
Provincia de Salta

Prof. Silvana M. Livio
SUPERVISORA
DIRECCIÓN GRAL. DE EDUC. INICIAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN,
CULTURA, CIENCIAS Y TECNOLOGÍA
Rdo 15-6-21

Hola,

Queremos informarte que se ha modificado la información requerida ante la denuncia de un siniestro por COVID19.

Asimismo, comunicarte las principales implicancias establecidas en el Decreto de Necesidad y Urgencia 39/21 publicado en el Boletín Oficial, el 23 de enero.

¿Quiénes se encuentran cubiertos bajo el DNU 39/21?

El DNU establece que, por el término de noventa (90) días corridos contados a partir de la vigencia del presente decreto, la enfermedad COVID-19 producida por el virus SARS-CoV-2 se considerará presuntivamente una enfermedad de carácter profesional -no listada- en los términos del apartado 2, inciso b) del artículo 6º de la Ley N° 24.557, respecto de la totalidad de los trabajadores dependientes incluidos en el ámbito de aplicación personal de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo y que hayan prestado efectivamente tareas en sus lugares habituales, fuera de su domicilio particular.

1. Trabajador que presta tareas efectivamente en su lugar habitual, fuera de su domicilio particular: la denuncia se encuentra bajo la cobertura del DNU 39/21.
2. Trabajador que presta tareas en modalidad de teletrabajo, o trabajo remoto, desde su domicilio particular, sin concurrir a su lugar habitual de prestación de tareas: la denuncia se encuentra fuera de la cobertura del DNU 39/21.
3. Trabajador que presta tareas parcialmente de forma efectiva en su lugar habitual de trabajo, y parte en modalidad de teletrabajo:
 - Si el trabajador prestó tareas de manera efectiva en su lugar habitual, fuera del domicilio en los días previos al resultado positivo, la denuncia se encontrará bajo la cobertura del DNU 39/21.
 - Si el trabajador no prestó tareas de manera efectiva en su lugar habitual, fuera del domicilio en los días previos al resultado positivo, la denuncia se encontrará fuera de la cobertura del DNU 39/21.

¿Qué información requeriremos ante un siniestro por COVID19?

- Datos básicos para la identificación del Empleador y del Empleado.
- Datos de contacto del trabajador.
- Presentación de los siguientes certificados e información adicional, conforme la Resolución SRT 10/21:

1. Certificado de hisopado positivo, emitido por una entidad sanitaria incluida en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (R.E.F.E.S), firmado por profesional identificado y habilitado por matrícula correspondiente, o Certificado SISA.
Aclaración: El certificado positivo que se presenta deberá ser generado por una entidad inscripta R.E.F.E.S o en su defecto se podrá presentar el Certificado SISA (SISA- Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino). La Resolución no exige certificado SISA, pero podrá ser solicitado cuando la empresa presente un certificado incompleto (sin firma y matrícula del médico que lo emite).
2. Descripción del puesto de trabajo, funciones, actividades o tareas habituales desarrolladas, así como las jornadas trabajadas fuera del domicilio particular del trabajador, entre los TRES (3) y CATORCE (14) días previos a la primera manifestación de síntomas. Ver nueva nota modelo
3. Constancia otorgada por el empleador, que como Anexo de Firma Conjunta IF-2021-21050535-APN-GACM#SRT forma parte de la presente resolución, a los efectos de la certificación de la prestación efectiva de tareas en el lugar de trabajo, fuera del domicilio particular del trabajador, entre los TRES (3) y CATORCE (14) días previos a la primera manifestación de síntomas. Ver anexo I de la Res. SRT 10/21
4. Formulario de denuncia (podrás generarlo desde la Oficina Virtual o por formulario).

Es de suma importancia que nos envíes todos los datos requeridos en el formulario. Contar con la información del lugar y descripción del accidente, como así también con los datos de contacto del trabajador actualizados (teléfono y dirección), nos permitirá iniciar la gestión del siniestro en tiempo y forma, agilizando y simplificando la operatoria del trámite.

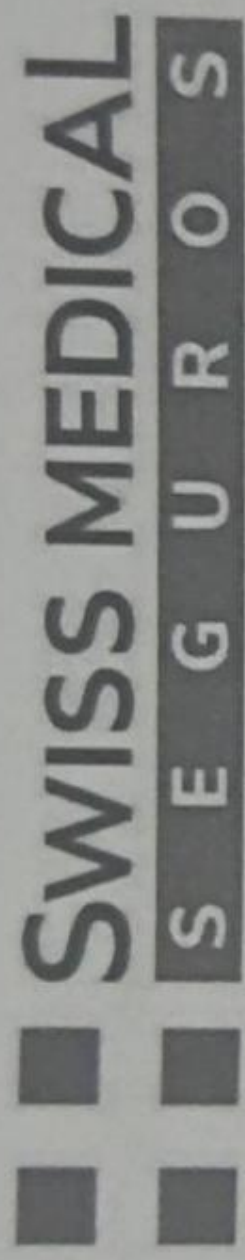
Te recordamos que debes enviar la documentación completa a la casilla de mail certificadoscovid@swissmedical.com.ar

Es importante destacar que Swiss Medical Seguros dará total cumplimiento a la solicitud de los requisitos indicados en la Resolución vigente para brindar la cobertura y posterior otorgamiento de las prestaciones correspondientes.

Por dudas o consultas, comunicate con nosotros a través de los siguientes medios de contacto
Teléfono: 0800-222-7654
Mail: serviciosalcliente@smg.com.ar

Gracias por tu colaboración.

formulario
de Denuncia
declaración
jurada
Hisopado positivo



1-LLENAR LOS TRES FORMULARIOS

MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGIA
DIRECCION: CASEROS N° 1081
CUIT N° 30-68130451-3
CONTRATO N° 331355

2-UNA VEZ COMPLETADO LOS FORMULARIOS, CON LA FIRMA CORRESPONDIENTE + EL
RESULTADO DEL ISOPADO POSITIVO, ENVIAR AL CORREO: certificadoscovid@swissmedical.com.ar

REFERENCIA AL TELEFONO 0810-333-3013

ANEXO

Declaración Jurada del Empleador para denuncia Decreto de Necesidad y Urgencia N° 39/21.

Quien suscribe, D.N.I. en mi carácter de de la Empresa....., Nro. de C.U.I.T., en modo de Declaración Jurada vengo a manifestar:

Que D.N.I. N° Teléfono:....., se encuentra afectado a la prestando efectivamente las mismas en su lugar habitual, fuera de su domicilio particular Mail:....., Teléfono de un Familiar/contacto realización de tareas .

Que el trabajador referido no está comprendido dentro del grupo de riesgo definido por la autoridad sanitaria.*

La actividad realizada es.....

Descripción de las tareas realizadas:

¿Qué hace?.....

¿Cómo lo hace?.....

¿Interactúa con otros trabajadores en sus tareas presenciales? SI / NO ¿Con cuántas personas?

Días y horarios de trabajo fuera de su domicilio particular (entre los 3 y los 14 días anteriores a los primeros síntomas):

Ultimo día de trabajo presencial:/...../.....

Lugar habitual de prestación de servicios fuera de su domicilio particular:

Dirección:

Localidad: C.P.:

Provincia:

Medio de transporte utilizado para su traslado: Indicar el que corresponda

Público / Privado.

En caso de utilizar el transporte público indicar si se encuentra autorizado a utilizar el mismo conforme la normativa vigente.

.....
Firma
Aclaración / D.N.I.

*En caso de ser mayor de SESENTA (60) años, se deberá explicar las razones que justifican la excepción de la Resolución M.T.E. y S.S. N° 207/20 y sus modificatorias (motivos por los cuales el trabajador es considerado "personal esencial para el adecuado funcionamiento del establecimiento").

CAPÍTULO I

DEL RECONOCIMIENTO DE LA CONTINGENCIA CORONAVIRUS COVID-19 ARTÍCULO

7º DNU Nº 39/21.- Denuncia de la contingencia.


Resolución SRT 10/21 Reglamentaria del DNU 39/21

_____ CUIT _____, certifica que **el/la Sr/a**
_____ DNI _____ CUIL _____, presta
tareas en esta Compañía:

- Modalidad de prestación de tareas: _____
(Identificar si se trata de modalidad presencial, trabajo remoto o teletrabajo en el domicilio particular)
- Domicilio particular del trabajador: _____
- Lugar de efectiva prestación de tareas:
(Dirección y Localidad)
- Función:
(Describir)
- Tareas desarrolladas:
(Describir)
- Jornadas efectivamente trabajadas y lugar de prestación de tareas:
(Identificar los días y horarios efectivamente trabajados, entre los TRES (3) y CATORCE (14) días previos a la primera manifestación de síntomas, o realización del estudio de diagnóstico, según corresponda, aclarando el lugar de prestación de cada jornada)

Se extiende el presente para ser presentado ante autoridad competente.

Firma de Representante Legal o Apoderado

 **SWISS MEDICAL**
S E G U R O S