

2014

# INSTRUCTIVO

## FORMULARIO DE CARGA MASIVA

### ETAPA 1



## FORMULARIO DE CARGA MASIVA

En el siguiente instructivo se realizará la demostración del llenado del formulario (formato excel) que dará soporte al proceso de carga masiva de la información de discapacidad de los agentes en la A.P.P.

FORMULARIO DE CARGA MASIVA INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA A.P.P. NOMINA DE AGENTES																												
Nº DE AGENTE	CERTIFICACIÓN (Completa en caso que el agente posea certificación)							DISCAPACIDAD (Seleccione Si o No en las correspondientes)							AUTONOMÍA (Seleccione Si o No según corresponda)			ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL DEL AGENTE (Complete Si o No en las adecuaciones correspondientes)							OBSERVACIONES			
	TIPO CERTIFICADO	Nº CERTIFICADO	ORGANISMO CERTIFICADOR	ORGANISMO EMISOR	APORTE AÑO	FECHA EMISIÓN	FECHA VIGENCIA	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD		GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD	GRADO DE DISCAPACIDAD

### ETAPA 1

En la Etapa 1 del proceso de llenado se registrará la siguiente información:

- Información del Agente
- Información de la Certificación
- Información de la Discapacidad
- Información de la Autonomía del Agente
- Información de las Adecuaciones Laborales requeridas por el agente
- Observaciones

## DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

### INFORMACIÓN DEL AGENTE

ID. HR

En este campo se deberá ingresar el ID HR del agente.

### INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN (Completar en caso que el agente posea certificación)								
TIPO CERTIFICADO	Nº CERTIFICADO	DIAGNÓSTICO (ETIOLÓGICO)	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	EXPEDIDO POR	FECHA EMISIÓN	FECHA VALIDEZ	FECHA INICIO DISCAPACIDAD	¿INGRESÓ A P.P. CON DISCAPACIDAD? (S/N)

**TIPO CERTIFICADO:** En este campo se deberá *seleccionar* el tipo de certificado que presenta el agente desde la lista de opciones. Automáticamente se seleccione el dato, aparecerá en la columna que la precede, el código identificador del tipo de certificado seleccionado.

TIPO CERTIFICADO	
	▼
Certificado Único de Discapacidad (Ley	
Certificado Provincial de Discapacidad	
Otro certificado / Certificación de Espe	
No posee certificación	

**¡ATENCIÓN!** Este campo se encuentra validado y protegido, es decir, no se encuentra disponible para escritura. Sólo se podrá seleccionar de la lista que despliega.

Los tipos de certificados son:

- Certificado Único de Discapacidad (Ley Nacional 22.431)
- Certificado de Discapacidad (Ley Provincial 24.901)
- Certificado de Especialista / Otro
- No posee certificación

Los campos siguientes pertenecientes a la Información de la Certificación se completarán o no, de acuerdo al tipo de certificado seleccionado. **Por ejemplo:** Si el agente *no posee certificación* no será necesario completar los campos siguientes y quedarán vacíos; de la misma manera puede ocurrir si el agente posee *certificación de un especialista*.

**N° CERTIFICADO:** En este campo se deberá ingresar el número del certificado de discapacidad, en el caso que posea.

**DIAGNÓSTICO (ETIOLÓGICO):** En este campo se deberá ingresar el diagnóstico etiológico registrado en el certificado.

**DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:** En este campo se deberá ingresar el diagnóstico funcional registrado en el certificado.

**EXPEDIDO POR:** En este campo se deberá ingresar por quien fue expedido el certificado.

**FECHA EMISIÓN:** En este campo se deberá ingresar la fecha de emisión del certificado. (Formato: dd/mm/aaaa)

**FECHA VALIDEZ:** En este campo se deberá ingresar la fecha de validez o vencimiento del certificado. (Formato: dd/mm/aaaa)

**FECHA INICIO DISCAPACIDAD:** En este campo se deberá ingresar la fecha de inicio de discapacidad del agente. (Formato: dd/mm/aaaa)

**¿INGRESO A A.P.P CON DISCAPACIDAD?:** En este campo se deberá seleccionar S o N según corresponda.

¿INGRESÓ A A.P.P CON DISCAPACIDAD? (S/N)	
	▼
S	
N	

## INFORMACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

En cada campo del tipo de discapacidad deberá seleccionar S o N según corresponda.

DISCAPACIDAD (Seleccione S o N en las correspondientes)						
VISUAL	AUDITIVA	DEL HABLA	DE TIPO VISCERAL	INTELLECTUAL	PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA	MOTRÍZ

**¡ATENCIÓN!** Estos campos se encuentran validados y protegidos, es decir, no se encuentran disponibles para escritura. Sólo se podrá seleccionar de la lista que despliega.

### EJEMPLO

Carga de Información de Discapacidad de un agente que posee:

- Discapacidad Auditiva
- Discapacidad del Habla.

DISCAPACIDAD (Seleccione S o N en las correspondientes)						
VISUAL	AUDITIVA	DEL HABLA	DE TIPO VISCERAL	INTELLECTUAL	PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA	MOTRÍZ
N	S	S	N	N	N	N

## INFORMACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL AGENTE

AUTONOMÍA		
¿RECIBE ASISTENCIA O APOYO ESPECIAL? (S/N)	¿UTILIZA AYUDA TÉCNICA? (S/N)	¿CUÁL/ES?

**¿RECIBE ASISTENCIA O APOYO ESPECIAL?:** En este campo se deberá seleccionar S o N según corresponda.

**¿UTILIZA AYUDA TÉCNICA?:** En este campo se deberá seleccionar S o N según corresponda.

**¿CUÁL/ES?:** Si el agente utiliza ayuda/s técnica/s en este campo se deberá ingresarla/s.

## INFORMACIÓN DE LAS ADECUACIONES LABORALES REQUERIDAS POR EL AGENTE

ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL DEL AGENTE (Seleccione S o N en las adecuaciones requeridas)								
RAMPAS	ASCENSORES	MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN	SOFTWARE ESPECÍFICO	HARDWARE ESPECÍFICO	ESTACIONAMIENTO	MOBILIARIO	BAÑOS ADAPTADOS	OTROS

En cada campo del tipo adecuación laboral se deberá seleccionar S o N según corresponda.

**OTROS:** En este campo se deberá ingresar cualquier otra adecuación laboral que el agente requiera y que no se encuentre definida en las columnas precedentes.

### EJEMPLO

Carga de Información de Discapacidad de un agente que requiere las siguientes adecuaciones laborales:

- Ascensores
- Rampas
- Baños Adaptados

ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL DEL AGENTE (Seleccione S o N en las adecuaciones requeridas)								
RAMPAS	ASCENSORES	MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN	SOFTWARE ESPECÍFICO	HARDWARE ESPECÍFICO	ESTACIONAMIENTO	MOBILIARIO	BAÑOS ADAPTADOS	OTROS
S	S	N	N	N	N	N	S	

### OBSERVACIONES

Este campo está destinado para cualquier información extra que se haya reflejado en el formulario y se desee registrar.

<b>OBSERVACIONES</b>