



## ANEXO UNICO

### PAUTAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL

#### I. OBJETIVO

---

El objetivo del presente instructivo es presentar la **Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Adecuación del Entorno Laboral**, junto al modo correcto de aplicarla y completarla, con la finalidad de relevar el número de personas con discapacidad que, en la actualidad, se encuentran desempeñando funciones en el Poder Ejecutivo de la Administración Pública Provincial (A.P.P.).

A través de dicho instrumento se obtendrá el número específico requerido y otros datos que ayuden a mejorar las condiciones de los empleados y las instituciones donde trabajan.

#### II. ALCANCE

---

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Adecuación del Entorno Laboral alcanzará a todos los empleados con discapacidad del Poder Ejecutivo Provincial de la Administración Pública Centralizada, Agencias y Organismos con excepción del personal perteneciente al Escalafón Seguridad (Policía y Servicio Penitenciario) y al Escalafón Docente, que preste funciones en establecimientos educativos.

#### III. DEFINICIONES

---

##### III.a Discapacidad

La Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CIDpcd/ UN. 2006) considera que:

*“La discapacidad es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.*

De ahí la importancia de reconocer que la discapacidad es un asunto o problema social y no sólo de una dificultad instalada en el individuo, es un problema dinámico que se desarrolla según los entornos y sus manifestaciones, ya sea en actitudes, legislaciones vigentes, servicios,

70  
7



programas, políticas públicas, tecnología, etc. Disminuir el problema guarda relación con generar entornos para todos, accesibles, equitativos y que permitan la autodeterminación.

Más allá que la experiencia de la discapacidad es en algún sentido única para cada persona, como lo sugieren los resultados de investigaciones antropológicas y etnográficas, puede decirse que esa experiencia es construida en gran medida por el medio cultural, lingüístico y social en el que cada persona se desempeña.

Es por ello, que se ha comenzado a construir otro concepto en el que discapacidad se define positivamente como DIVERSIDAD en lugar de hacerlo negativamente, como menoscabo.

Con esta propuesta, se reivindica el derecho que tienen todas las personas, más allá de sus diferencias y peculiaridades, brindando una identidad positiva, construida sobre lo que cada uno es.

### III.b Tipos de discapacidad

#### Discapacidad Visual:

Se incluyen las personas que padecen ceguera o una disminución importante de la visión en ambos ojos.

En el caso de las personas que utilicen anteojos o lentes, se registrarán sólo en caso de que, aun usando dichas ayudas técnicas, siguen teniendo dificultad permanente para percibir el tamaño, la forma y el contorno de los objetos distantes, sea cual fuere la causa. Si la dificultad desaparece con esta ayuda externa, no se registrarán.

#### Discapacidad Auditiva:

Se incluyen a las personas que no pueden oír ningún sonido o experimentan una pérdida importante en la audición (hipoacusia).

Cuando la persona tuviese audífono o hubiese recibido un implante coclear, igualmente se lo registrará, ya que esto le facilitará la comunicación pero no reemplaza la audición normal.

#### Discapacidad del Habla:

Se refiere a las personas que tienen imposibilidad, dificultades o restricciones para articular palabras o generar y emitir mensajes con la voz, ya sea por falta de aprendizaje del lenguaje oral, por parálisis cerebral, por afasia posterior a un ACV, por parálisis del aparato fonador, etc.

#### Discapacidad de Tipo Visceral:

Se incluyen en dicha categoría aquellas personas que debido a alguna deficiencia en su estructura y funcionamiento físico se encuentran imposibilitadas para desarrollar sus actividades con total normalidad. Pese a tener la mayoría de las veces su total capacidad intelectual, sensorial o motora, su problema les impide desarrollar su vida con total plenitud por consecuencias de sus enfermedades.

20



Por ejemplo, en el caso puntual de la diabetes, no se considerará como discapacidad, sino como una enfermedad que podría tener consecuencias que derive en limitaciones, tales como ceguera o amputación. Por lo tanto la discapacidad sería la consecuencia de la enfermedad y NO la enfermedad en sí misma.

Las personas que usan en forma permanente oxígeno, sondas, diálisis o están a la espera de un trasplante se deberán registrar ya que sin esta ayuda técnica no pueden funcionar.

No se registrarán aquellas personas que teniendo un marcapaso, válvula cardíaca o algún órgano trasplantado, no se encuentran limitados para desarrollar actividades laborales.

#### Discapacidad Intelectual:

Se refiere a aquellas personas con algún déficit o limitación intelectual o cognitiva, que le dificulte aprender, memorizar, comprender procesos abstractos, reproducir y/o ejecutar indicaciones complejas de un modo habitual. Adicionalmente podrían observarse dificultades del lenguaje.

#### Discapacidad Psicológica-Psiquiátrica:

Aquí se incluyen las personas que tienen enfermedades psicológicas o psiquiátricas crónicas que ocasionen a la persona profundas dificultades a la hora de relacionarse y/o trabajar (Ejemplos: autismos, psicosis, esquizofrenias, demencias). No en todos los casos en los cuales exista un diagnóstico psicológico-psiquiátrico se considerará discapacidad. Se debe hacer la diferenciación entre la enfermedad y las consecuencias de la misma.

#### Discapacidad Motriz:

Se incluyen las personas con anomalías congénitas y/o adquiridas, óseas, articulares, ausencia o amputaciones en las extremidades con dificultad permanente de movilidad. Puede incluir también casos en que se encuentra afectada la funcionalidad de los miembros por deficiencias físicas, psíquicas o neurológicas.

Se registrarán los casos de personas que presenten:

- dificultades para mantenerse por sí mismas sentadas o paradas, cambiar de postura, desplazarse, subir o bajar escalones, etc.
- dificultades para mover y manipular objetos con las manos.
- utilicen en forma permanente silla de ruedas, o bien, otro tipo de ayuda técnica para desplazarse, mantenerse en pie o manipular objetos: tal como bastones canadienses, muletas, andadores, etc.

Se excluyen los casos en los que se utilicen temporalmente estas ayudas, o que presenten dificultad temporaria.

79



#### **IV. ENCUESTA**

---

##### **ENCUESTA DE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL**

Consigna: Responda a las preguntas propuestas, referidas a los empleados con discapacidad que se encuentran actualmente prestando servicios en el área a su cargo.

Se sugiere completar dicha encuesta junto al empleado y con su certificado de discapacidad.

Por cualquier duda referida a la misma puede comunicarse con el Departamento de Psicología del Trabajo y las Organizaciones (Teléfono: 5243060 int. 3257 – mail:encuestadiscapacidad@cba.gov.ar).

##### **A. Datos Personales del Jefe Directo**

A1. Nombre:

A2. Cargo:

A3. DNI:

##### **B. Datos Personales del Empleado**

B1. Nombre:

B2. Sexo: F M

B3. Fecha de Nacimiento:

B4. DNI:

B5. Cargo:

B6. Situación de Revista:

B7. Antigüedad:

##### **C. Datos de la Repartición:**

C1. Jurisdicción:

C2. Dirección:

C3. Área:

C4. Departamento/División/Sección:

707

000008



**D. Certificación**

**D1. Certificación de Discapacidad**

|  |  |
|--|--|
| Posee Certificado Único de Discapacidad (Ley Nacional 22.431)      |  |
| Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Adherido Ley 24.901) |  |
| Posee otro certificado / certificación de especialista             |  |
| No posee certificación   |  |

N° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

**D2. En el caso de poseer algún Certificado consignar:**

|  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Se encuentra incluido en su legajo laboral? | Si | No |
|--|----|----|

**E. Datos consignados en el Certificado de Discapacidad**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>E1. Diagnóstico (Etiológico):</b> |  |
| <b>E2. Diagnóstico Funcional:</b>    |  |
| <b>E3. Expedido por:</b>             |  |
| <b>E4. Validez hasta:</b>            |  |
| <b>E5. Fecha de emisión:</b>         |  |

**F. ¿Ingresó a la Administración Pública Provincial con dicha Discapacidad?**

Si  No

**G. Fecha de inicio de la Discapacidad:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**H. Tipo de Discapacidad**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Discapacidad visual                   |  |
| Discapacidad auditiva                 |  |
| Discapacidad del habla                |  |
| Discapacidad de tipo visceral         |  |
| Discapacidad intelectual              |  |
| Discapacidad psicológica-psiquiátrica |  |
| Discapacidad motriz                   |  |

76  
7

000008



**I. Autonomía**

**I1. El presente empleado, en sus tareas diarias:**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| ¿Recibe asistencia o apoyo especial? |  |
| ¿Utiliza alguna ayuda técnica?       |  |

**I2. ¿Cuál? (Especificar la respuesta I1 si hubiera respondido afirmativamente en alguna opción)**

.....

.....

**J. Adecuación del Entorno Laboral**

Marque las adecuaciones que necesita este empleado en su lugar de trabajo y aquellas con las que cuente la repartición en la que se desempeña

|  | Requiere la persona | Existe en la repartición |
|--|---------------------|--------------------------|
| Rampas   |                     |                          |
| Ascensores   |                     |                          |
| Medios alternativos de comunicación<br>(Ej. sistema de escritura Braille, lengua de señas) |                     |                          |
| Software específico  |                     |                          |
| Hardware específico  |                     |                          |
| Estacionamiento  |                     |                          |
| Mobiliario   |                     |                          |
| Baños adaptados  |                     |                          |
| Otros (especificar)  |                     |                          |

**K. Sugerencias, comentarios u observaciones en relación a la temática.**

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Firma Jefe Directo

\_\_\_\_\_  
Firma Empleado

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

70  
+



## V. INSTRUCTIVO PARA EL COMPLETADO DE LA ENCUESTA

Se solicita al Jefe directo completar una encuesta en formato papel por cada agente con discapacidad que posea a su cargo. Se sugiere que dicha acción se establezca junto a dicho empleado y, si posee, con su certificado de discapacidad. Los datos obtenidos deberá cargarlos en una planilla EXCEL provista por el Ministerio de Gestión Pública y ser enviados al referente de RR.HH. de su repartición según los tiempos estipulados (ver punto VI Cronograma de Actividades).

Dicha encuesta y la mencionada planilla Excel obran en la página web del Gobierno de la Provincia de Córdoba ([www.cba.gov.ar](http://www.cba.gov.ar) – Empleados – Servicios - Encuesta Discapacidad) desde donde podrán imprimirse.

Tener en cuenta que:

- Completada la Encuesta deberá ser incorporada al legajo personal del agente con discapacidad junto a su Certificado de Discapacidad.
- Los datos consignados en la Encuesta no serán válidos a ningún otro fin más que el del presente relevamiento.
- La Encuesta completada y el envío de la planilla Excel al referente de RR.HH. de su repartición deberá ser entregada en las fechas solicitadas (ver punto VI Cronograma de Actividades), lo cual permitirá el adecuado funcionamiento del relevamiento en todas sus etapas.

Ante cualquier duda o inconveniente en relación a la Encuesta les solicitamos comunicarse: a [encuestadiscapacidad@cba.gov.ar](mailto:encuestadiscapacidad@cba.gov.ar) o al teléfono: 0351- 5243060 - Int. 3257

A continuación se detallarán las especificaciones de cada una de las partes de la encuesta:

### 1. Datos

En esta sección se consignan diversos datos:

- Los datos personales correspondientes al jefe directo del agente (**Preguntas A1- A2- A3**)
- Los datos personales correspondientes al empleado con discapacidad (**Preguntas B1- B2- B3- B4-B5-B6-B7**)
- Datos referidos a la Repartición/Jurisdicción en la que se desempeña. (**Preguntas C1- C2-C3-C4**)

### 2. Certificación de discapacidad

En esta sección se solicitan datos específicos acerca de la certificación que posea el empleado en relación a su discapacidad (Ver punto VI –Certificados de Discapacidad). Se solicita que marque con una cruz la opción que corresponda, ya que el agente puede poseer el Certificado Único de Discapacidad (otorgado por el Ministerio de Salud dentro de la Ley Nacional 22.431), así como un Certificado Provincial de Discapacidad (Adherido Ley 24.901) u otro certificado de

Zp  
t

000008



discapacidad provisto por algún especialista, o no poseer ningún tipo de certificación en relación a su discapacidad. **(Pregunta D1)**

De contar con alguna certificación, consignar el número correspondiente al certificado.

Adicionalmente debe consignarse si se encuentra incluido en su legajo personal dicha certificación. **(Pregunta D2)**

En el caso de poseer un Certificado de Discapacidad, consignar los datos específicos que se encuentran determinados en el mismo: Diagnóstico (Funcional); Diagnóstico Etiológico; Profesional que lo expide; Fecha de validez (fecha límite) y fecha de emisión. Todos estos datos se encuentran codificados en los certificados de discapacidad (los diagnósticos pueden estar consignados de forma numérica) pero en el caso de que dicho dato no se encuentre establecido (en el caso de certificación por especialista, por ejemplo) es factible dejar el campo en blanco. **(Preguntas E1-E2-E3-E4-E5)**

Consignar si el agente ingresó o no a la Administración Pública Provincial con dicha discapacidad o fue adquirida mientras prestaba servicios **(Pregunta F)** y la Fecha de Inicio de la Discapacidad **(Pregunta G)**. Este último dato se encuentra en el Certificado Único de Discapacidad.

### 3. Tipo de Discapacidad

En relación al tipo de discapacidad se solicita que la persona responsable de completar esta encuesta, en base a la información recogida de las certificaciones (si las posee), de la interacción con el empleado durante el completado de la misma o simplemente consultándole, pueda marcar con una cruz la modalidad de discapacidad que posee, pudiendo marcarse más de una. Estas pueden ser: visual, auditiva, del habla, de tipo visceral, intelectual, psicológica-psiquiátrica o motriz. Todas ellas se encuentran explicadas en las páginas 5 y 6 del presente instructivo. **(Pregunta H)**

Es importante aclarar que la distinción del tipo de discapacidad no se considerará con valor diagnóstico de ninguna clase sino sólo informativo en relación a los indicadores observables de dicha discapacidad.

### 4. Autonomía

Se codifica en este punto la posibilidad de la persona con discapacidad para realizar o no las tareas determinadas por su función y cuáles son las adecuaciones o implementos necesarios para ello (si es que los hubiere). Dentro de esta pregunta se considera asistencia o apoyo especial a la necesidad de un acompañamiento para llegar o salir de su espacio de trabajo, para ir al baño, o realizar otras actividades. **(Pregunta I1)**

En relación a la ayuda técnica corresponde a los implementos usados por las personas tal como silla de ruedas, muletas, prótesis o software de lectura de las personas no videntes, etc. **(Pregunta I2)**

### 5. Adecuación del Entorno Laboral

En este apartado se registran los datos correspondientes a la repartición donde presta servicios la persona con discapacidad. Se consigna aquí tanto las adecuaciones existentes en el

79x



lugar de trabajo así como aquellas que serían necesarias para el mejor desempeño de esta persona. (Pregunta J)

**6. Sugerencias, comentarios u observaciones en relación a la temática.**

Por último se reserva este espacio para que Ud. pueda consignar cualquier comentario u observación en relación a la encuesta y su aplicación o cualquier sugerencia en relación a la temática planteada. (Pregunta K)

También pueden consignarse aquellos casos en los cuales se presenten dudas ya que no exista una certificación.

**VI. CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD**

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (datos a consignar en la Encuesta)

CERTIFICADO N°: \_\_\_\_\_  
**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

|   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| APELLIDO Y NOMBRES (B1)   | N° CUIT/CUIL         | FINACIMIENTO: (B3)   |
| TIPO Y NRO DOC. (B4)  |                      |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO (E1)</b><br><b>DIAGNÓSTICO FUNCIONAL: (E2) (Sólo si no está codificado)</b><br>FUNCIONES CORPORALES:<br>ESTRUCTURAS CORPORALES:<br>ACTIVIDAD / PARTICIPACION:<br>FACTORES AMBIENTALES: |                      |                      |
| <b>ORIENTACION PRESTACIONAL:</b>  |                      |                      |
| <b>VENCIMIENTO:</b>   |                      |                      |
| El presente certificado tiene validez hasta el: (E4)  |                      |                      |
| <small>El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral.</small>  |                      |                      |
| <b>ACOMPANANTE:</b><br><small>"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el caso indicara que también se cubra al acompañante."</small>  |                      | <b>Acompañante:</b>  |
| <b>LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN</b>   |                      |                      |
| Lugar:  |                      | Fecha emisión:       |
| EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:  |                      |                      |
| (E3)  |                      |                      |
| PROFESIONAL   | PROFESIONAL          | PROFESIONAL          |
| <i>Firma y sello</i>  | <i>Firma y sello</i> | <i>Firma y sello</i> |

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: [www.discapacidad.gov.ar](http://www.discapacidad.gov.ar)

|                                    |                    |   |             |  |
|------------------------------------|--------------------|---|-------------|--|
| <b>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</b> |                    | <b>NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</b> |             |  |
| APELLIDO                           | FECHA EMISION (E5) | FECHA Y TO                              | ACOMPANANTE |  |
| NOMBRES                            | PROFESIONAL        | PROFESIONAL                             | PROFESIONAL |  |
| TIPO/NRO DOCUMENTO                 | FECHA NACIMIENTO   |   |             |  |
| EMITIDO POR                        |                    |   |             |  |

707



Certificado Provincial de Discapacidad (datos a consignar en la Encuesta)

|  |   |                    |
|--|---|--------------------|
|  <p>Provincia de Córdoba<br/>Ministerio de Salud<br/>Secretaría de Programación Sanitaria<br/>Subsecretaría de Evaluación Sanitaria<br/>Área de Rehabilitación Integral<br/>de Personas con Discapacidad</p>  | <p><b>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</b><br/>Ley 22431<br/>Art. 3º Ley 24901 Dto. 762/97</p> | <p>Nº 00000000</p> |
| <p>Los abajo firmantes certifican la discapacidad de la persona cuyos datos se detallan a continuación.</p>  |   |                    |
| <p>Nombre y Apellido: (B1) .....</p> <p>DNI/LC/CI: (B4) ..... N° CUIT/CUIL: .....</p> <p>Fecha de Nacimiento: (B3) .....</p>   |   |                    |
| <p>DIAGNOSTICO ETIOLOGICO (E1) .....</p> <p>DIAGNOSTICO FUNCIONAL (E2) .....</p> <p>DEFICIENCIA ..... DISCAPACIDAD .....</p> <p>MINUSVALIA .....</p> <p>ORIENTACION PRESTACIONAL .....</p>   |   |                    |
| <p>Fecha de inicio de la discapacidad (G) ..... El presente Certificado tiene validez hasta el (E4) / /</p>  |   |                    |
| <p>No siendo vinculante a los efectos del decreto 478/98 del 30/04/98, referidos a la Ley 24241.</p>   |   |                    |
| <p>LEY 24.901 Art. 1º El discapacitado no puede acceder al transporte público, debe reconocerse transporte especial. SI - NO</p> <p>LEY 25.835, Decreto 38/2004, Resol. Nº 31/2004. Válido para acceder al derecho de gratuidad para viajar en los distintos tipos de transporte colectivo terrestre, sometidos a control de la autoridad nacional de media y larga distancia. Con acompañante. SI - NO</p> <p>LEY 23.876 Art. 1º En casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubre acompañante. SI - NO</p> <p>Transporte escolar. SI - NO</p> |   |                    |
| <p>Firma: ..... Firma: ..... Firma: .....</p>  |   |                    |

797

000008

## VII. FORMULARIO DE CARGA MASIVA ETAPA 1

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<br>INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA A.P.P.<br>NÓMINA DE AGENTES |                 |                       |               |    |               |               |              |       |       |       |           |       |       |       |   |       |       |  |               |  |
|---|-----------------|-----------------------|---------------|----|---------------|---------------|--------------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|---|-------|-------|--|---------------|--|
| N.º   | N.º DE EMPLEADO | N.º DE IDENTIFICACION | CERTIFICACION |    |               |               | DISCAPACIDAD |       |       |       | AUTONOMIA |       |       |       | ASIGNACION DE DISCAPACIDAD DE LA A.P.P. |       |       |  | OBSERVACIONES |  |
|   |                 |                       | Tipo          | Nº | Fecha Emisión | Fecha Validez | Porcentaje   | Grado | Grado | Grado | Grado     | Grado | Grado | Grado | Grado                                   | Grado | Grado |  |               |  |
|   |                 |                       |               |    |               |               |              |       |       |       |           |       |       |       |   |       |       |  |               |  |

### 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

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

|        |
|--------|
| ID. HR |
|        |
|        |
|        |

#### INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN

| CERTIFICACIÓN (Completar en caso que el agente posea certificación) |                |                          |                       |                 |               |               |                           |   |
|---|----------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------------------|---|
| TIPO CERTIFICADO  | Nº CERTIFICADO | DIAGNOSTICO (ETIOLÓGICO) | DIAGNOSTICO FUNCIONAL | EXPERIENCIA POR | FECHA EMISION | FECHA VALIDEZ | FECHA INICIO DISCAPACIDAD | INGRESO A 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.

**¡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

| TIPO CERTIFICADO |  |
|------------------|--|
|                  | ▼  |
|                  | Certificado Único de Discapacidad (Ley Nacional 22.431)        |
|                  | Certificado Provincial de Discapacidad (Ley Provincial 24.901) |
|                  | Otro certificado / Certificación 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*.

**Nº 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.

797



**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.

### 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

|  |  |
|--|--|
| ¿INGRESO A A.P.P CON DISCAPACIDAD? (S/N) |  |
| S  |  |
| N  |  |

- 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      |
|   |          |           |                  |              |                          |        |

297



### INFORMACIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL AGENTE

| AUTONOMÍA                                     |                                  |           |
|---|----------------------------------|-----------|
| ¿RECIBE ASISTENCIA O APOYO ESPECIAL?<br>(S/N) | ¿UTILIZA AYUDA TÉCNICA?<br>(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 COMUNICACION | SOFTWARE ESPECIFICO | HARDWARE ESPECIFICO | ESTACIONAMIENTO | MOBILIARIO | BANOS 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



## OBSERVACIONES

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

| OBSERVACIONES |
|---------------|
|               |
|               |

20  
A

000008



### VIII. FORMULARIO DE CARGA MASIVA ETAPA 2

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 las adecuaciones del entorno laboral en la A.P.P.

| FORMULARIO DE CARGA MASIVA<br>INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA A.P.P.<br>ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL |     |  |   |            |  |                     |                     |                 |          |      |            |       |               |
|--|-----|--|---|------------|--|---------------------|---------------------|-----------------|----------|------|------------|-------|---------------|
| DATOS DEL RESPONSABLE  |     |  | ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL EN LA REPARTICIÓN (seleccionar S o N en las adecuaciones observadas) |            |  |                     |                     |                 |          |      |            |       |               |
| ID HR  | ROL | CÓDIGO UNIDAD DE ORGANIGRAMA DE SERVICIO | BOMPAS  | ASCENSORES | MESES ALTERNATIVOS DE COMERCIALIZACIÓN | SOFTWARE ESPECÍFICO | HARDWARE ESPECÍFICO | ESTACIONAMIENTO | MEDICINA | SABO | ADAPTACIÓN | OTROS | OBSERVACIONES |
|  |     |  |   |            |  |                     |                     |                 |          |      |            |       |               |

### ETAPA 2

En la Etapa 2 del proceso de llenado se registrará la siguiente información:

- Información del Responsable de la Jurisdicción.
- Información de la/s Adecuación/es Laboral/es de la repartición
- Observaciones

### DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

### INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

| DATOS DEL RESPONSABLE |     |  |
|-----------------------|-----|--|
| ID HR                 | ROL | CÓDIGO UNIDAD DE ORGANIGRAMA DE SERVICIO |
|                       |     |  |

**ID HR:** En este campo se deberá ingresar el ID HR del responsable de la jurisdicción.

**ROL:** En este campo se deberá ingresar el número del rol del responsable.

**CÓDIGO UNIDAD DE ORGANIGRAMA DE SERVICIO:** En este campo se deberá ingresar el código de la unidad de organigrama donde presta servicios el responsable.

### ADECUACIONES LABORALES DE LA REPARTICIÓN

En cada campo del tipo Adecuación Laboral deberá seleccionar S o N según corresponda.

70



| ADECUACIÓN DEL ENTORNO LABORAL EN LA REPARTICIÓN (Marque S o N en las adecuaciones dispensadas) |            |                                     |                       |                     |                 |                  |       |
|---|------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|------------------|-------|
| RAMPAS  | ASCENSORES | MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN | SOFTWARES ESPECÍFICOS | HARDWARE ESPECÍFICO | ESTACIONAMIENTO | BANÍOS ADAPTADOS | OTROS |
|   |            |                                     |                       |                     |                 |                  |       |

| ADECUACIÓN |            |                 |
|------------|------------|-----------------|
| RAMPAS     | ASCENSORES | BAÑOS ADAPTADOS |
|            |            |                 |
| S          |            |                 |
| N          |            |                 |

**¡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 una repartición que tiene las siguientes adecuaciones laborales.

- Baños Adaptados
- Estacionamiento
- Ascensores
- Rampas

**OBSERVACIONES**

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

|                      |
|----------------------|
| <b>OBSERVACIONES</b> |
|                      |
|                      |

707





### IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Etapas  | Septiembre |    |    |    |    |    | Octubre |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|---|------------|----|----|----|----|----|---------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
|   | 22         | 23 | 24 | 25 | 26 | 29 | 30      | 1 | 2 | 3 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |    |
| <b>Etapa 1:</b> Presentación de la Encuesta a los Referentes de Recursos Humanos                                | ■          |    |    |    |    |    |         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Etapa 2:</b> Informar a los Jefes Directos la instauración del relevamiento y las funciones que les competen |            | ■  | ■  | ■  | ■  |    |         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Etapa 3:</b> Aplicación de encuestas junto a cada empleado con discapacidad                                  |            | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■       | ■ |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Etapa 4:</b> Completado de la planilla Excel y envío al Referente de Recursos Humanos                        |            |    |    | ■  | ■  | ■  | ■       | ■ | ■ |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Etapa 5:</b> Completado de una planilla única Excel y posterior envío a Factor Humano                        |            |    |    | ■  | ■  | ■  | ■       | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Etapa 6:</b> Carga de los datos obtenidos al sistema   |            |    |    |    |    |    |         |   |   |   |   |   | ■ | ■ | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | 17 |

**Etapa 1:** Presentación de los instrumentos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Adecuación del Entorno Laboral a los **Referentes de Recursos Humanos** de las diferentes Jurisdicciones. Responsable: Departamento de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones y Área de Administración y Desarrollo de Factor Humano. Fecha: 22/09/14

**Etapa 2:** Los **responsables de RR.HH.** deberán informar y transmitir a los **Jefes Directos** la instauración del relevamiento establecido y las funciones les competen ellos. De ello se ocuparán los responsables de las Unidades de RR.HH. de las Jurisdicciones. Fecha sugerida: Hasta el 26/09/14

**Etapa 3:** Cada **jefe inmediato** deberá aplicar la encuesta (en formato papel) junto a cada empleado con discapacidad a su cargo y su certificado de discapacidad si es que lo posee. Fechas sugeridas: Hasta el 1/10/14

**Etapa 4:** Cada **jefe inmediato** deberá completar una planilla Excel (la cual también obra junto a su instructivo correspondiente en la página web del Gobierno de la Provincia de Córdoba), donde consten los datos obtenidos a través de la Encuesta efectuada a cada uno de ellos, de todos los empleados a su cargo que presenten alguna discapacidad. Dicha planilla deberá ser enviada al Referente de Recursos Humanos de su Jurisdicción. Fecha: Hasta el 02/10/14.

767



**Etapa 5:** Los responsables de RR.HH. recabarán y controlarán la información provista por los jefes directos de su jurisdicción y completarán una planilla única Excel, la que debe enviarse al Área de Administración y Desarrollo de Factor Humano a los siguientes Lotus:

maria.medina@cba.gov.ar / melina.miranda@cba.gov.ar / cinthia.giliberti@cba.gov.ar

**Fecha límite: 07/10/14**

**Etapa 6:** Carga masiva, por única vez, de los datos obtenidos al Sistema Meta4. Responsable: Área de Administración y Desarrollo de Factor Humano.

**Fecha límite: 17/10/14**

**Nota:** Los datos mal consignados en el envío de la planilla única Excel (Etapa 5) no podrán ser migrados al Sistema Meta4 y serán devueltos a la Jurisdicción, para la rectificación y posterior carga manual de dicha información.

70