

Origen	Posición			Tipo	Número del campo	Descripción	Forma de llenado	Necesarios para la Aprobación del Registro
	Derecho	Alta	Comun					
7	50	51	2	Texto	Categoría del Registro	Especifica si se trata de un Accidente de Trabajo Sin Baja Laboral, Con Baja Laboral, con Incapacidad, Mortal o un Rechazo.	SB = Sin Baja Laboral CB = Con Baja Laboral IN = Incapacidad MT = Mortal RE = Rechazo	Obligatorio
8	52	56	5	Numérico	Código de Establecimiento	Código de establecimiento declarando al registro de establecimientos AFIP al momento de la denuncia de Accidente de Trabajo	Debe ser completado con espacios en blanco en el caso de que el empleador no pertenezca al SUSS	Obligatorio Diferible (Solo SUSS) En blanco (No SUSS)
9	57	62	6	Numérico	CIU principal del Establecimiento	CIU principal del establecimiento al momento de la denuncia del Accidente de Trabajo	Sin guiones ni signos de puntuación	Obligatorio (Solo no SUSS) En Blanco (SUSS)
10	63	64	2	Texto	Código de Provincia del Establecimiento	Código de provincia del establecimiento al momento de la denuncia del Accidente de Trabajo	Ver tabla de Provincias AFIP	Obligatorio (Solo no SUSS) En Blanco (SUSS)
11	65	72	8	Alfanumérico	Código Postal Argentino	Código Postal Argentino del establecimiento al momento de la denuncia de Accidente de Trabajo	De conformidad con la codificación establecida por el Correo Argentino. En caso de no disponer de la codificación del CPA, se deberán integrar los caracteres faltantes con "0".	Obligatorio (Solo no SUSS) En Blanco (SUSS)
12	73	172	100	Texto	Domicilio del Establecimiento	Indica el domicilio del establecimiento al momento de la denuncia del Accidente de Trabajo	Completar con mayúsculas y espacios en blancos, sin puntos ni guiones. Formado por Nombre de la Calle o Ruta, número o kilómetro, piso, departamento y localidad	Obligatorio, cuando no se posea el valor del campo "Código de Establecimiento" (Campo 8)
13	173	183	11	Numérico	CUIL	CUIL del trabajador	Sin guiones ni separadores. Incluye dígito verificador.	Obligatorio (en caso de que el trabajador no posea CUIL, ver campos 14 y 15)
14	184	185	2	Alfanumérico	Tipo de Documento del Trabajador	Tipo de Documento del Trabajador	Ver tabla de Código de Tipo de Documento	Obligatorio en caso de que el Trabajador no posea CUIL
15	186	193	8	Numérico	Número del Documento	Número del documento del trabajador. Solo cuando el trabajador no posea CUIL.	Sin signos de puntuación	Obligatorio en caso de que el Trabajador no posea CUIL
16	194	233	40	Texto	Apellido y nombre del Trabajador	Según DNI para argentinos o documento habilitante para extranjeros	Con letras mayúsculas, sin puntos ni comas	Obligatorio (solo No SUSS) En Blanco (SUSS)

Origen	Posición			Tipo	Número de campo	Descripción	Forma de llenado	Necesarios para la Aprobación del Registro
	Derecho	Alta	Comun					
						principal		
30	286	287	2	Numérico	Naturaleza de la lesión 1	Código de la naturaleza de la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Naturaleza de la Lesión	Obligatorio
31	288	290	3	Numérico	Zona del Cuerpo Afectada 1	Código de Zona del Cuerpo Afectada en la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Zonas del Cuerpo Afectadas	Obligatorio
32	291	294	4	Texto	Código del Diagnóstico 2	Código del Diagnóstico de la lesión asociada a la lesión principal derivada del Accidente de Trabajo	Según códigos establecidos por la Tabla CIE-10	Obligatorio si consigna código del segundo diagnóstico
33	295	296	2	Numérico	Naturaleza de la lesión 2	Código de la naturaleza de la Lesión asociada eventualmente a la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Naturaleza de la Lesión	Obligatorio si consigna código del segundo diagnóstico
34	297	299	3	Numérico	Zona del Cuerpo Afectada 2	Código de Zona del Cuerpo afectada eventualmente a la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Zonas del Cuerpo Afectadas	Obligatorio si consigna código del segundo diagnóstico
35	300	303	4	Texto	Código del Diagnóstico 3	Código del Diagnóstico de la lesión asociada a la lesión principal derivada del Accidente de Trabajo	Según códigos establecidos por la Tabla CIE-10	Obligatorio si consigna código del tercer diagnóstico
36	304	305	2	Numérico	Naturaleza de la lesión 3	Código de la naturaleza de la Lesión asociada eventualmente a la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Naturaleza de la Lesión	Obligatorio si consigna código del tercer diagnóstico
37	306	308	3	Numérico	Zona del Cuerpo Afectada 3	Código de Zona del Cuerpo afectada eventualmente a la lesión principal del Accidente de Trabajo	Ver Tabla Zonas del Cuerpo Afectadas	Obligatorio si consigna código del tercer diagnóstico
38	309	316	8	Texto	Fecha de Inicio de la Inasistencia laboral	Fecha del primer día que el trabajador dejó de concurrir a su trabajo por el Accidente de Trabajo	AAAAMMDD	Obligatorio, en caso de CB o IN
39	317	324	8	Texto	Fecha de Cese de la ILT	De la Incapacidad Laboral Temporal	AAAAMMDD	CB = Diferible LRT IN = Obligatorio MT = Obligatorio
40	325	325	1	Texto	Motivo de Cese de la ILT	Suceso que produce el cese de la ILT	L = Alta médica con regreso al trabajo P = Declaración de ILP D = Muerte por causas laborales	CB = Diferible LRT IN = Obligatorio MT = Obligatorio