Orden	Posiciones			Tipo	Nombre del campo	Descripción	Valores a Ingresar	Necesarios para la Aceptación del Registro
	Desde	Hasta	Cantidad					
17	234	237	4	Texto	Puesto al momento del Accidente de Trabajo	Puesto ocupado por el trabajador al momento del Accidente de Trabajo	Ver tabla puesto de trabajo desempeñado Anexo II Res. SRT N° 244/06	Obligatorio Diferible (solo No SUSS)
								En Blanco (SUSS)
18	238	240	3	Texto	Antigüedad en el puesto	Antigüedad en el puesto donde ocurrió el Accidente de Trabajo	Expresada en meses	Obligatorio Diferible
19	241	241	1	Texto	Sexo	Sexo del trabajador	M = Masculino;	Obligatorio (solo No SUSS)
							F = Femenino	En blanco (SUSS)
20	242	249	8	Texto	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del trabajador	AAAAMMDD	Obligatorio (solo No SUSS)
								En blanco (SUSS)
21	250	250	1	Texto	Estado civil	Estado Civil según declare el trabajador	S = Soltero	Obligatorio Diferible
							C = Casado	
							V = Viudo	
							D = Divorciado	
							E = Separado	
							H = Unión de hecho	
22	251	254	4	Texto	Nacionalidad	Nacionalidad del trabajador lesionado.	Ver Listado asociado a todos los países	Obligatorio (solo No SUSS)
								En blanco (SUSS)
23	255	255	1	Texto	Turno de Trabajo	Turno de trabajo	F = Fijo	Obligatorio Diferible
							R = Rotativo	
24	256	260	5	Texto	Hora de Inicio jornada	Hora habitual de inicio de jornada. En caso de ser rotativo incluir el de la última semana laboral.	HH:MM, de 00:00 a 23:59.	Obligatorio Diferible
25	261	265	5	Texto	Hora de finalización de jornada	Hora habitual de término de jornada. En caso de ser rotativo incluir el de la última semana laboral.	HH:MM, de 00:00 a 23:59.	Obligatorio Diferible
26	266	273	8	Numérico	Fecha de ocurrencia	Fecha de ocurrencia del Accidente de Trabajo	AAAAMMDD	Obligatorio
27	274	278	5	Numérico	Agente material asociado	Objeto, instrumento o vector que ocasiona el Accidente de Trabajo	Ver Tabla Agente Material Asociado	Obligatorio
28	279	281	3	Numérico	Forma de Accidente	Código de Forma de Accidente de Trabajo	Ver Tabla Forma de Accidente	Obligatorio
29	282	285	4	Texto	Código del Diagnóstico 1	Código del Diagnóstico del Accidente de Trabajo	Según códigos establecidos por la Tabla CIE-10	Obligatorio

Orden	Posiciones			Tipo	Nombre del campo	Descripción	Valores a Ingresar	Necesarios para la Aceptación del Registro
	Desde	Hasta	Cantidad					
							I = Muerte incalpable	
							A = Transcurso de un Año	
41	326	333	8	Texto	Fecha de Declaración de la Incapacidad Laboral Permanente	Fecha en que la ART/EA estima la Incapacidad Laboral Permanente	AAAAMMDD	
42	334	337	4	Alfabético	Tipo de la Incapacidad Laboral Permanente	Corresponde al tipo de incapacidad. Si el deceso se produce por causas laborales (Categoría de Registro MT) durante el período de IPP, se mantiene el tipo de incapacidad previa a la defunción, caso contrario dejar en blanco)	IPPP = Incapacidad Laboral Permanente Parcial Provisoria	IN = Obligatorio
							IPPD = Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva	
							IPTP = Incapacidad Laboral Permanente Total Provisoria	MT = Diferible LRT
							IPTD = Incapacidad Laboral Permanente Total Definitiva	
43	338	340	3	Alfanumérico	Motivo del cese de la Incapacidad Laboral Permanente	Motivo por el que cesó la Incapacidad Laboral Permanente	DPD = Declaración de Incapacidad Permanente Parcial Definitiva	MT = Obligatorio
							DTD = Declaración de Incapacidad Permanente Total Definitiva	
							MLA = Muerte derivada de la incapacidad	IN = Diferible LRT
							MNL = Muerte por causas no laborales.	
44	341	346	6	Porcentual	Porcentaje de incapacidad	Corresponde al grado de Incapacidad Laboral Permanente	Si el deceso se produce por causas laborales (Categoría de Registro MT) durante el período de IPP, se mantiene el grado de incapacidad previa a la defunción, caso contrario dejar en blanco)	IN = Obligatorio MT = Diferible LRT
45	347	347	1	Alfanumérico	Gran invalidez	Condición de gran invalidez estima por área médica de la Aseguradora o por decisión de las Comisiones Médicas. Deberá completarse siempre para todos los registros categoría IN.	S = Si	IN = Obligatorio
							N = No	
46	348	355	8	Numérico	Fecha de dictamen	Fecha en que la Comisión Médica dictamina determinando u homologando el porcentaje de incapacidad	AAAAMMDD	IN = Diferible LRT
47	356	371	16	Alfanumérico	Número de Expediente	Número de expediente otorgado por el organismo interviniente en la homologación o	Se deberán incluir los guiones tal como se detalla en los siguientes ejemplos: 023-L-00141-1998, E13-H-00245-1999	IN = Diferible LRT