

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y
DE LA POLICIA NACIONAL**

ACUERDO No. 033
(Marzo 2 de 1998)

Por el cual se adopta el Programa de Atención Accidentes de Trabajo y Enfermedad
Profesional en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

**EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y
DE LA POLICIA NACIONAL**

En uso de sus facultades y en especial las que le confiere el literal a) del artículo 7o- de la Ley 352/97.

ACUERDA

ARTICULO 1°.- Adoptar el Programa de Atención Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de conformidad con el contenido del Anexo 1.

ARTICULO 2°.- El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE,

Dado en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los 2 días del mes de marzo de 1998.

ORIGINAL FIRMA
FEDERICO MOLINA SOTO
Presidente CSSMP

ORIGINAL FIRMA
ROSA ISABEL ROA BUITRAGO
Secretaría CSSMP

ANEXO 1

 POLICIA NACIONAL		DIRECCION DE SANIDAD INFORMATIVO DE ACCIDENTES O LESIONES		INFORMATIVO No.	
FECHA DILIGENCIAMIENTO DIA MES AÑO		UNIDAD POLICIAL (De donde depende el funcionario accidentado) SIGLA		DEPARTAMENTO DIA MES AÑO	
Ciudad		DIRECCION Municipio		Fax	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO ACCIDENTADO			EDAD	SEXO M F	No. DE CARTE
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	Ciudad	DIRECCION Barrio		USUARIO Uniformado No Uniformado	
GRADO	ANTIGUEDAD EN LA POLICIA	SECCION DE LA UNIDAD DONDE TRABAJA SIGLA		OCUPACION HABITUAL	

INFORMACION SOBRE LA OCURENCIA DEL ACCIDENTE

1. Fecha: Día Mes Año Hora Día de la semana

2. Sitio exacto de ocurrencia del accidente:

3. Antigüedad en la ocupación al momento de ocurrir el accidente

4. Que actividad u oficio estaba desempeñando el funcionario en el momento de ocurrir el accidente?

5. Cómo ocurrió el accidente? (explique cómo y porque, en forma clara, detallada y exacta)

6. En su concepto cuáles fueron las causas del accidente?

a. **Naturaleza de la lesión.** (Cual o cuales fueron las lesiones?) y cuales partes del cuerpo resultaron afectadas? (especifique si la parte del cuerpo afectada es derecha, izquierda, superior o inferior)

b. **Agente de la lesión.** (Qué objeto o sustancia produjo la lesión nombrada en a.?)

c. **Tipo de Accidente.** (Cómo entró en contacto la persona lesionada con el objeto o la sustancia nombrada en b.?)

d. **Acto Inseguro** (Que acto inseguro de una persona causo o permitió la ocurrencia del suceso?)

7. Que medidas preventivas había tomado la unidad para evitar esta clase de accidentes?

8. Que medida de prevención o control sugiere?

9. Que incapacidad se otorgó al accidentado y cuántos días? (anexar copia de la incapacidad)

INFORMACION SOBRE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Declaro que la información consignada en el presente informe es verídica y en caso de faltar a la verdad será objeto de las sanciones disciplinarias correspondientes.

FIRMA DEL ACCIDENTADO

FIRMA TESTIGO DEL ACCIDENTE

TESTIGO DEL ACCIDENTE

Nombre completo

Cédula Ciudadanía

PERSONA RESPONSABLE DEL PRESENTE INFORME

Nombre completo

Cédula Ciudadanía

CARGO

Oficina

FIRMA RESPONSABLE INFORME

CLASIFICACION DEL INFORME ADMINISTRATIVO

La presente calificación debe ser realizada por el Comandante o Director de la unidad policial u organismo especializado. De conformidad con el estatuto de capacidad psicofísica, Incapacidades, Invalideces e Indemnizaciones (decreto 094/89), las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se sucedieron los hechos se califica:

- En el servicio, no por causa y razón del mismo
- En el servicio por causa y razón del mismo
- En el servicio, por causa de heridas en combate o como consecuencia de la acción del enemigo, en conflicto internacional o en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público.
- En actos realizados contra la ley, el reglamento o la orden superior

CALIFICACION

(escribir en letras el numeral de la calificación)

PERSONA RESPONSABLE DE LA CALIFICACION

Nombre completo

Cédula Ciudadanía

CARGO

Oficina

FIRMA RESPONSABLE CALIFICACION

NOTA: Antes de diligenciar el presente formato, favor leer el instructivo anexo.

UNA VEZ DILIGENCIADO ESTE FORMATO, FAVOR ENVIARLO AL AREA DE MEDICINA LABORAL

✉ Avenida 19 No. 7 - 48 Piso 2 ☎ 2829550, SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.

**DIRECCION DE SANIDAD
AREA DE MEDICINA LABORAL**

**FORMATO UNICO DE ACCIDENTES O LESIONES INCLUIDO DENTRO DEL INSTRUCTIVO
PRESTACIONAL**

INSTRUCTIVO

Favor responder cada una de las preguntas del formato con letra imprenta clara o a máquina.

INFORME ADMINISTRATIVO : Escriba el número correspondiente del informe administrativo a que hace referencia el suceso ocurrido con el día, mes, fecha y unidad donde se diligencia el informativo.

FECHA : Escriba la fecha en que le reciben el Informativo en Medicina Laboral.

FECHA : Escriba la fecha del diligenciamiento del formato de accidentes o lesiones en el orden que aparece en el formato.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD POLICIAL :

Nombre de la Unidad : especifique el nombre de la Unidad de trabajo a la cual pertenece el funcionario lesionado

Sigla : Escriba la sigla con la cual se identifica la unidad donde labora el accidentado.

Departamento : Escriba el departamento de Policía donde se encuentra la unidad en que labora o depende el funcionario que sufrió el accidente.

Dirección : Escriba la dirección de la Unidad de trabajo donde labora habitualmente o de donde depende el funcionario que sufrió el accidente (Ciudad – Municipio). Escriba el número telefónico de la Unidad de trabajo donde labora el funcionario que sufrió el accidente. Escriba el número del fax si lo hubiere de la unidad de trabajo donde labora el funcionario que sufrió el accidente.

II. INFORMACION DEL FUNCIONARIO ACCIDENTADO

Apellidos y Nombres : Especifique apellidos y nombres del funcionario (a) que sufrió el accidente.

Edad : Escriba en números la edad en años cumplidos

Sexo : Marque con una equis (X) la casilla correspondiente al sexo del funcionario accidentado.

Número de Carnet : Escriba el número de Carnet del funcionario accidentado

Fecha de Nacimiento: Escriba la fecha de nacimiento (día – mes - año).

Dirección: Escriba la dirección del funcionario (a) especificando ciudad, barrio, dirección y teléfono.

Usuario : Uniformado o no uniformado. Marque con una equis (X) el espacio que corresponde si el accidentado es o no uniformado .

Grado : Escriba el grado que tiene el funcionario accidentado.

Antigüedad en la Policía: Según el caso escriba en números cuantos años, meses o días lleva laborando en la Policía Nacional el funcionario que se accidentó.

Sección de la unidad donde trabaja : Especifique la sección de la unidad donde trabaja el funcionario accidentado .
Ejemplo : Tomando el ejemplo anterior la unidad es comando de la Bogotá . Sección SISTEMAS .

Ocupación habitual : Especifique claramente la ocupación habitual del funcionario que se accidentó. Ejemplo: si el funcionario es un Subintendente pero su ocupación habitual es digitador, coloque en el espacio DIGITADOR.

NOTA : Si el funcionario labora en la calle o no tiene un sitio de trabajo definido escriba el lugar donde habitualmente permanece durante su jornada laboral.

NOTA : Si lleva trabajando varios años, escriba únicamente el número de años, si lleva trabajando menos de un año pero mas de un mes escriba únicamente el número de meses, si lleva trabajando menos de un mes escriba el número de días.

III. INFORMACION DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

1. Fecha : Escriba en números la fecha en que ocurrió el accidente en el orden que se especifica en el formato (Día, mes, año)

Hora del accidente : Escriba la hora militar en que ocurrió el accidente.

Ejemplo : 4:00 horas corresponde a la mañana
16:00 horas corresponde a la tarde

Día del accidente : Escriba en letras el día de la semana en que ocurrió el accidente.

Ejemplo : Martes

2. Sitio de ocurrencia del accidente : Especifique el lugar exacto en donde ocurrió el accidente.

3. Antigüedad en la ocupacional en el momento de ocurrir el accidente : Según el caso escriba en números cuantos años, meses o días lleva en el oficio al momento de accidentarse el funcionario.

4. Que actividad u oficio estaba desempeñando el funcionario al momento de accidentarse : Describa en forma concreta que actividad estaba realizando el funcionario al momento de sufrir el accidente.

5. Como ocurrió el accidente? : Escriba en forma clara y concisa como ocurrió el accidente, trate de hablar con el accidentado si sus condiciones lo permiten.

6. En su concepto cuales fueron las causas al escuchar el relato del accidentado o del testigo, determine en su concepto cuales fueron las causas del accidente,

a. Naturaleza de la lesión : Se refiere a la lesión o lesiones físicas sufridas por el funcionario en el accidente. (Ejemplo: Quemaduras, fracturas, heridas, e.t.c)

Parte del cuerpo afectada : Señala la parte del cuerpo que resulto afectada directamente por la lesión previamente identificada especificando la parte izquierda o derecha.

b. Agente de la lesión : Se refiere al objeto o sustancia con la que directamente se lesionó el funcionario en el momento del accidente.(Ejemplo Arma de fuego, Vehículo en movimiento, etc.)

c. Tipos de accidente : Describa el suceso que produjo directamente la lesión, esta clasificación esta directamente relacionada con la de agente de la lesión y explica como el agente la produjo.(Ejemplo Golpeado, caída de su propia altura, cortado ,e.t.c.

d. Acto inseguro : Identifica la violación de un procedimiento seguro comúnmente aceptado, el cual permitió u ocasionó directamente la ocurrencia del tipo de accidente incluye no solamente que la persona haya desobedecido instrucciones o quebrantado una regla establecida si no además el quebrantamiento de muchas reglas de seguridad no escrita que la mayoría de la gente sabe y observa por simple instinto de conservación.

- El acto inseguro seleccionado puede ser algo que una persona hizo y que no debió haber hecho.
- La persona que comete el acto inseguro puede haber sido la persona lesionada u otra persona distinta a la lesionada.
- La persona que actuó inseguramente puede haberlo hecho deliberadamente con pleno conocimiento de que estaba ejecutando un acto inseguro o puede ignorar que estaba actuando inseguramente.

7. Que medidas preventivas había tomado la unidad para evitar esta clase de accidentes?
Describa las medidas de prevención que se habían tomado en la unidad para evitar esta clase de accidentes.

8. Que medidas de prevención o control sugiere?
Cual considera usted como jefe inmediato, las medidas de prevención o control en este caso?

9. Qué incapacidad se otorgó al accidentado y cuantos días (anexar copia de la incapacidad)

ANEXO No. 1.2

 POLICIA NACIONAL		DIRECCION DE SANIDAD TARJETA RESUMEN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL			SALUD OPERACIONAL RIESGOS LABORALES CIUDAD _____ DEPTO _____	
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____		APELLIDOS Y NOMBRES DEL USUARIO		EDAD _____	SEXO M _____ F _____	No. DE CARNE _____
FECHA DE NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____		DIRECCION Ciudad _____ Barrio _____			USUARIO Uniformado _____ No Uniformado _____	
GRADO _____		UNIDAD DONDE LABORA SIGLA _____		DIRECCION Ciudad _____		

OFICIO HABITUAL		PROFESION		TRABAJO ALTERNO		SI NO
CUAL?		ANTIGUEDAD EN ESA INSTITUCION		AÑOS		MESES
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION		ANTIGUEDAD EN EL CARGO ACTUAL		AÑOS		MESES
DIA _____ MES _____ AÑO _____ Día Mes Año				MESES		DÍAS
TIPO DE RIESGO						
POSIBLE FACTOR DE RIESGO GENERADOR DE EP						
TIEMPO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EP EN SU CARGO ACTUAL				AÑOS		MESES
TIEMPO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EP EN SU CARGO ANTERIOR				AÑOS		MESES
TIEMPO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EP TOTAL				AÑOS		MESES
DIAGNOSTICO DE REMISION			CODIGO			
DÍAS INCAPACIDAD SI _____ NO _____			TIPO RT _____ AT _____ RP _____ AP _____ GL _____			
NUMERO DIAS DE INCAPACIDAD			Letras			
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL			Número			
NOMBRE DEL MEDICO Y CODIGO			SELLO			
PARTE II						
FECHA:		DIAGNOSTICO DE REMISION				
DIA _____ MES _____ AÑO _____						
CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL						
ESTUDIO AMBIENTE LABORAL						
NOMBRE MEDICO SALUD OCUPACIONAL						
CARGO						
DIAGNOSTICO DEFINITIVO						
NUMERO TOTAL DE DIAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL						
CLASE DE INCAPACIDAD RT _____ AT _____ RP _____ AP _____ GL _____						
OBSERVACIONES						
FECHA DE INGRESO A MEDICINA LABORAL				CALIFICACION		
Día _____ Mes _____ Año _____						

CONVENCIONES

RT: INCAPACIDAD RELATIVA TEMPORAL
AT: INCAPACIDAD ABSOLUTA Y TEMPORAL
RP: INCAPACIDAD RELATIVA Y PERMANENTE
AP: INCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE O INVALIDEZ
GI: GRAN INVALIDEZ

**DIRECCION DE SANIDAD
AREA DE MEDICINA LABORAL**

INSTRUTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE TARJETA RESUMEN ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Este formulario se utilizara para alimentar la base de datos y determinar de una forma adecuada el estudio de Enfermedades Profesionales.

I PARTE :

Fecha :Escriba la fecha de elaboración de la tarjeta Resumen de Enfermedad Profesional.

No. de Historia Clínica del Paciente : Escriba el número de la historia clínica del paciente

Grado: Escriba el grado del paciente.

Nombres y Apellidos :Especifique nombre y apellidos del paciente.

Fecha de Nacimiento: Escriba la fecha de nacimiento día, mes y año.

Unidad Donde Labora :Especifique el nombre de la unidad de trabajo de donde depende el paciente.

Departamento :Especifique el nombre del departamento de Policía al que pertenece el paciente.

Dirección y Teléfono: Escriba la dirección y el numero del teléfono del paciente.

Oficio Habitual: Especifique el oficio habitual del paciente.

Profesión: Especifique la profesión del paciente si la tiene.

Trabajo Alternativo: Especifique si el paciente tiene otro trabajo fuera de la institución.
Si o No. (Marque con una x)

Cual :Especifique cual es su otro trabajo.

Antigüedad en esa Institución en Años y Meses: Especifique la antigüedad en esa institución en años y meses.

Fecha De Ingreso a la Institución: Especificar la fecha de ingreso a la institución

Antigüedad en el Cargo: Especifique el tiempo en la institución.

Tipo de Riesgo: Especificar el tipo de riesgo al cual a estado expuesto el paciente

Posible factor de generación de la Enfermedad Profesional: Especifique el posible factor generador de la E.P
Pueden ser: Biológicos
 Físicos
 Químicos.
 Psico-sociales.
 Ergonómicos :

Tiempo de exposición al riesgo de E.P en su cargo actual,: Especifique el tiempo de exposición en el cargo actual en Años y Meses.

Tiempo de exposición al riesgo de E P en su cargo anterior Especifique el tiempo de exposición en el cargo anterior en Años y Meses.

Tiempo de exposición al riesgo de E .P Total Determinar el tiempo de exposición total al riesgo en Años y Meses :

Diagnostico Presuntivo de Remisión: Especificar diagnostico presuntivo de remisión de la Enfermedad Profesional.

Código: Especifique el código de la enfermedad.

Dio Incapacidad Si o No: Especifique numero de días de incapacidad. Anexar fotocopia de boletas de excusa.

Tipo de Incapacidad :Especificar el tipo de incapacidad, para el paciente.
R .T :Incapacidad Relativa Temporal
A.P: Incapacidad Absoluta y Temporal.
R .P :Incapacidad Relativa y Permanente
A .P :Incapacidad Absoluta y Permanente o Invalidez
G .I :Gran Invalidez.

No de días: Escribir el Numero de días excusado
En letras :Escribir en letras numero de días.

Establecimiento de Sanidad Policial: Nombre del Medico: Sello.

II PARTE

Para Médico Coordinador Seccional de Salud Ocupacional.

Fecha : Que recibe la Tarjeta de resumen: Escribir la fecha en que se recibe la tarjeta de enfermedad profesional por el coordinador seccional de salud ocupacional.

Diagnóstico de remisión: Escribir diagnóstico de remisión con el cual se comienza el estudio.

Concepto de Medico Especialista Salud Ocupacional: Especificar si la enfermedad es de origen profesional o no.

Estudio ambiental: Si la enfermedad es de origen profesional se debe investigar el ambiente donde estuvo expuesto el paciente para toma de medidas por parte de salud ocupacional.

No de trabajadores Expuestos al mismo riesgo, Directo e Indirecto: Se debe investigar por parte de salud ocupacional seccional , el numero de trabajadores expuestos al mismo riesgo de forma directa e indirecta.

Medico Salud Ocupacional: Nombre completo del medico de salud ocupacional

Sección: Escribir cual es la seccional

Teléfono Escribir el numero del teléfono de la seccional.:

Diagnóstico Definitivo: Escribir diagnóstico definitivo de la enfermedad profesional.
y enviarlo a medicina laboral para su correspondiente calificación

Numero de días perdidos por Incapacidad Temporal: Determinar los días de incapacidad temporal que se le dieron al paciente por E.P.

Clase de Incapacidad: Determinar el tipo de incapacidad otorgada al paciente de acuerdo a la clasificación:. A.R,
A.T,R.T, A.P, G.I.

Observaciones : Escribir si tiene algún tipo de observación.

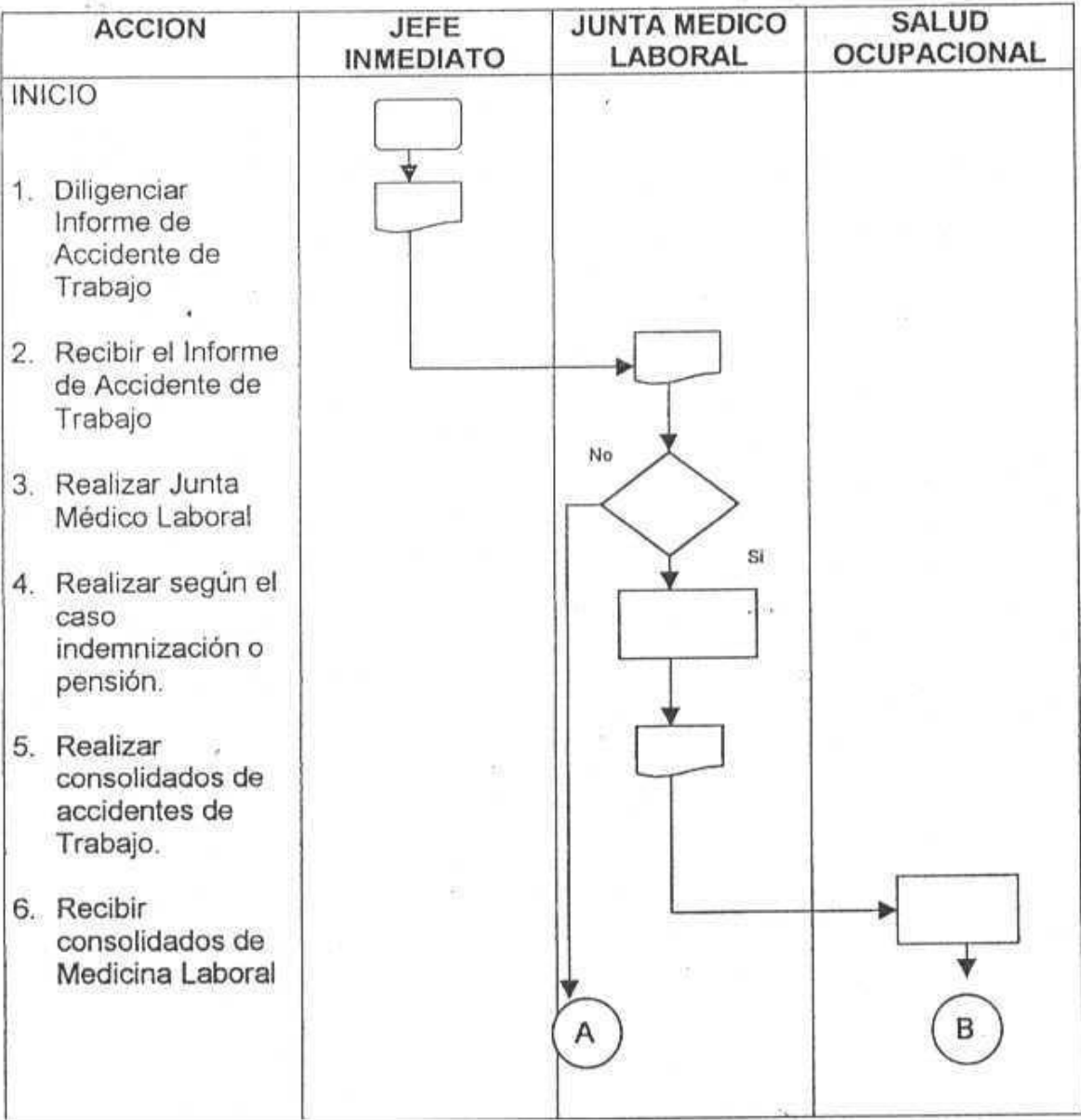
Fecha de ingreso a medicina laboral: Escribir la fecha que se recibe la ficha médica en medicina laboral

Calificación: Otorgada por la junta medico laboral de acuerdo con la enfermedad profesional

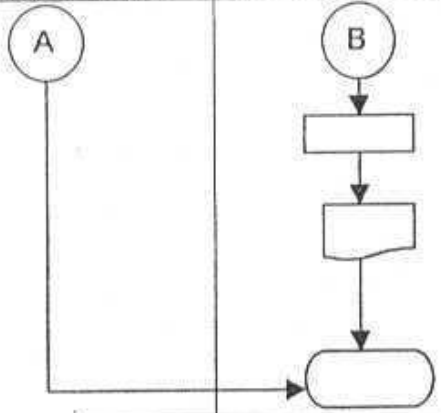
FLUJOGRAMA

No. 1

ESTUDIO ACCIDENTES DE TRABAJO



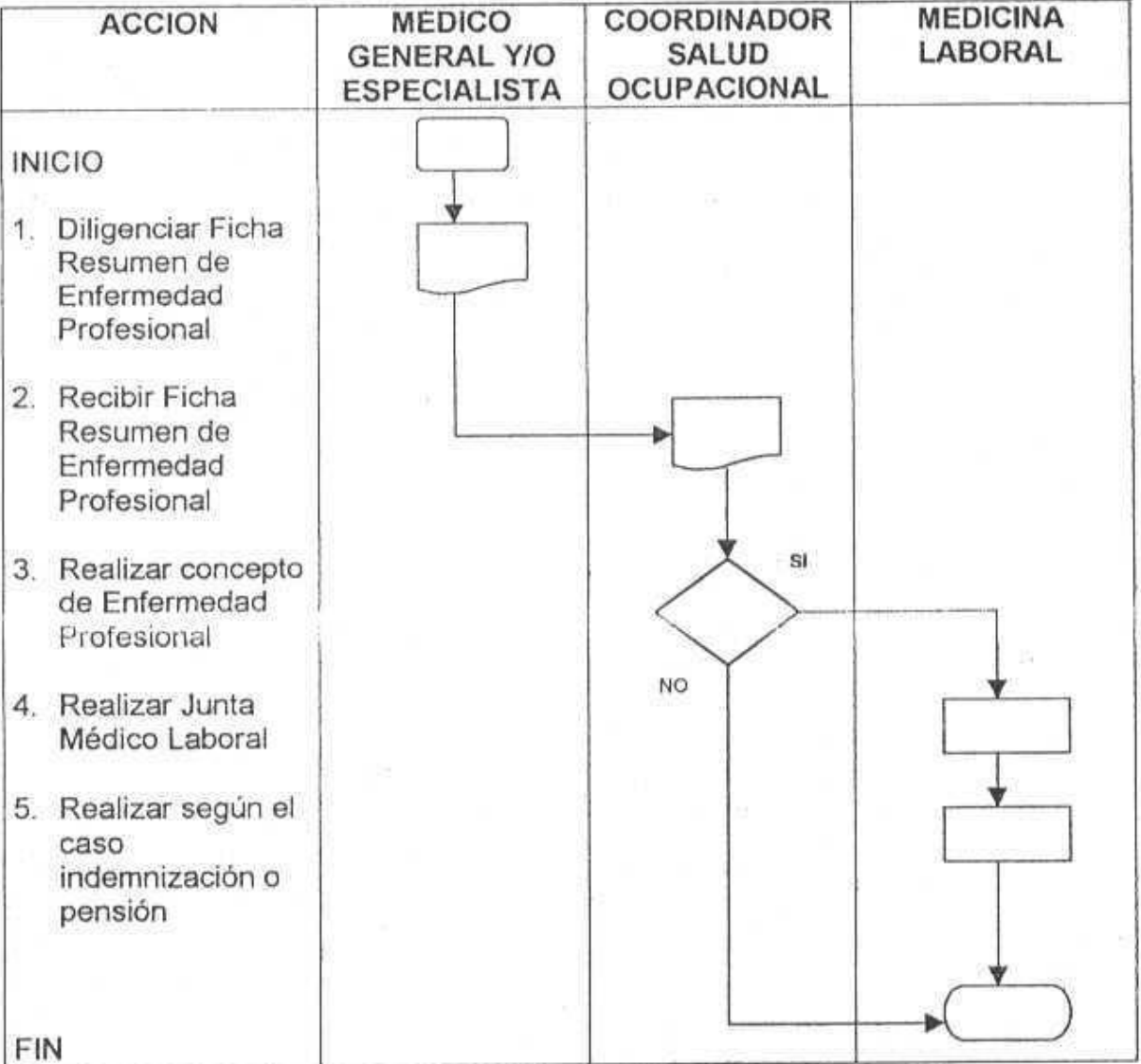
ESTUDIO ACCIDENTES DE TRABAJO

ACCION	JEFE INMEDIATO	JUNTA MEDICO LABORAL	SALUD OCUPACIONAL
7. Analizar la Información 8. Realizar recomendaciones pertinentes			

FLUJOGRAMA

No. 2

ENFERMEDAD PROFESIONAL



GLOSARIO

- ♦ **ACCIDENTE:** Es un suceso no planeado que puede prevenirse, que interrumpe la marcha normal del trabajo. Puede haber o no lesión, puede haber o no daño sobre la propiedad, siempre hay tiempo perdido.
- ♦ **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Es un evento inesperado e indeseable que se origina en el ambiente laboral; que resulta por una fallan los factores ambientales o por el desempeño inadecuado del personal. Puede haber o no lesión en la persona o daño sobre la propiedad.
- ♦ **AREA DE TRABAJO:** Se refiere a una Sección de la unidad de trabajo.
- ♦ **AUSENTISMO:** Condición de ausente del trabajo. En este documento se denomina al número de horas programadas, que se dejan de trabajar como consecuencia de los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales
- ♦ **CLASE DE RIESGO:** Se refiere a la clasificación que se realiza a la empresa (Policía Nacional) en el momento de afiliarse a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) con la actividad quien le asigna una tarifa de acuerdo con la actividad principal de la empresa y la exposición a factores de riesgo. Para ello se han determinado cinco (5) clases de riesgo donde la Policía Nacional se encuentra clasificada en los siguientes:
 - ♦ **Clase I:** Se contempla actividades consideradas de riesgo mínimo. Grupo Administrativo.
 - ♦ **Clase III:** De actividades de riesgo medio. Grupo Salud
 - ♦ **Clase V:** De riesgo máximo. Grupo de Vigilancia.
- ♦ **CONDICIONES DE SALUD:** Características de orden físico, mental y social que conforman el entorno de la vida de un individuo. Se pueden agregar y analizar las características de varios individuos, con el fin de establecer las propiedades de salud de un colectivo.
- ♦ **CONDICIONES DE TRABAJO:** Conjunto de características de la tarea, del entorno y de la organización del trabajo, que interactúan produciendo situaciones positivas o negativas para la salud de un colectivo.
- ♦ **dB:** Decibel es la Unidad adoptada universalmente para medir el ruido
- ♦ **DEPARTAMENTO:** Es la división política en que se encuentra distribuido el territorio Nacional