

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL****RESOLUCION NUMERO 4059 DE 1995****(Diciembre 22)**

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

LA MINISTRA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y en especial de las conferidas por el Artículo **68** del Decreto Ley 1295 de 1994, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo **62** del decreto ley 1295 obliga a los empleadores a presentar informes sobre la ocurrencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional;

Que mediante oficio de 18 de diciembre de 1995 suscrito por el Señor Ministro de Salud, ese despacho emitió el concepto técnico correspondiente.

RESUELVE:**ARTICULO 1o. CAMPO DE APLICACION.**

La presente resolución se aplica, con las excepciones previstas en el artículo **279** de la ley 100 de 1.993, a todas las empresas que funcionen en el territorio nacional, y a los trabajadores, contratistas, subcontratistas, de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general.

PARAGRAFO. Para los servidores públicos del nivel nacional entrará a regir el 1o. de enero de 1.996, y en los niveles departamental, municipal y distrital, a más tardar en la misma fecha, o en aquella anterior determinada por la respectiva autoridad gubernamental.

ARTICULO 2o. OBLIGACION DE LOS EMPLEADORES Y DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

En desarrollo del artículo **62o.** del decreto ley 1295 de 1994, los empleadores

deberán reportar, en forma simultánea, a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales a las cuales se encuentre afiliado el trabajador, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia o diagnóstico, según sea el caso, los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales que ocurran a los trabajadores de sus empresas o actividades económicas.

ARTICULO 3o. OBJETO.

Los reportes de que trata esta Resolución tienen como objeto servir de fuente para:

1. El desarrollo estadístico del sistema de información que deben llevar las Entidades

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

Administradoras de Riesgos Profesionales;

- 2. La investigación que deben adelantar las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales;
- 3. La investigación que deben adelantar los Empleadores de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales como parte del desarrollo del programa de salud ocupacional;
- 4. Adelantar, por parte de los Empleadores y las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, las actividades de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y,
- 5. La determinación del Índice de Lesiones Incapacitantes.
- 6. Las demás que le asigne la ley.

ARTICULO 4o. FORMATOS UNICOS PARA EL REPORTE DEL ACCIDENTE DE TRABAJO Y DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Para el reporte de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, deberán diligenciarse el "Formato Unico de Reporte de Accidente de Trabajo" o el "Formato Unico de Reporte de Enfermedad Profesional", según el caso, que se adoptan en este artículo, así:

ARTICULO 5o. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO UNICO DE REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO.

Para el diligenciamiento del Formato Unico de Reporte de Accidente de Trabajo se incluirá, en cada uno de ellos, el siguiente instructivo:

FORMATO UNICO DE REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO
INSTRUCTIVO

Por favor responda cada una de las preguntas indicadas, con letra imprenta clara o a máquina.

NO llene los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP)

Diligenciado por: Marque con una X la casilla correspondiente; en caso de señalar la casilla "otro", especifique el cargo de la persona que lo diligencia en la empresa, o en caso que sea diligenciado por una persona que no labora en la empresa, indique la relación de ésta con el trabajador accidentado.

I. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE.

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social de la empresa, como se encuentra inscrita ante la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

CC o NIT: Según sea el caso, escriba el número de la cédula o el número de identificación tributaria de la empresa.

Código: Este espacio únicamente debe ser diligenciado por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Dirección: Escriba la dirección de la empresa o del centro de trabajo donde labora habitualmente el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

Teléfono: Escriba el número de teléfono de la empresa o del centro de trabajo donde se encuentra laborando el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

Fax: Escriba el número de Fax de la empresa o del centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora que se accidentó.

Departamento: Escriba el departamento donde se encuentra la empresa o centro de trabajo donde labora habitualmente el trabajador o trabajadora accidentado. El espacio sombreado correspondiente, únicamente debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Profesionales(ARP).

Municipio: Escriba el municipio donde se encuentra la empresa o el centro de trabajo donde habitualmente labora el trabajador o trabajadora que se accidentó. El espacio sombreado correspondiente, únicamente lo debe llenar la Administradora de Riesgos profesionales (ARP).

II. INFORMACION EXCLUSIVA PARA EMPRESAS TEMPORALES.

(Trabajadores en misión)

Los espacios correspondientes a este numeral únicamente se deben diligenciar en aquellos casos en que el trabajador o trabajadora que se accidentó, tenga contrato de trabajo a través de una empresa de servicios temporales, y por lo tanto, sea considerado trabajador o trabajadora en misión en la empresa donde ocurrió el accidente.

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social de la empresa de servicios temporales.

CC o NIT: Según sea el caso, escriba el número de cédula o el número de identificación tributaria del nombre o la razón social de la empresa de servicios temporales.

Código: Este espacio únicamente debe ser diligenciado por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Dirección: Escriba la dirección de la empresa de servicios temporales.

Teléfono: Escriba el número de teléfono de la empresa de servicio temporal donde se encuentra laborando el trabajador o trabajadora que sufrió el accidente.

Fax: Escriba el número de Fax de la empresa de servicio temporal donde labora el trabajador o trabajadora que se accidentó.

Departamento: Escriba el departamento donde se encuentra la empresa de servicios temporales donde se encuentra inscrito el trabajador o trabajadora que se accidentó. El espacio sombreado correspondiente, únicamente lo debe llenar la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Municipio: Escriba el municipio donde se localiza la empresa de servicios temporales a la cual está inscrito el trabajador o trabajadora que se accidentó. El espacio sombreado correspondiente, únicamente lo debe llenar la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

III. INFORMACION DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA QUE SE ACCIDENTO

Apellido y nombre: Especifique apellido y nombre del trabajador o trabajadora que sufrió el accidente de trabajo.

Identificación: Señale con una (X) la casilla correspondiente al tipo de documento de

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

identificación del trabajador o la trabajadora que se accidentó, y escriba claramente el número de dicho documento. La casilla sombreada únicamente debe ser diligenciada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Edad cumplida: Escriba en números, la edad en años cumplidos. La casilla sombreada únicamente debe ser diligenciada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Sexo: Marque con una (X) la casilla correspondiente. La casilla sombreada únicamente debe ser diligenciada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Dirección de la residencia: Escriba la dirección de la residencia del trabajador o trabajadora que se accidentó, teniendo en cuenta la numeración asignada en la nomenclatura de la ciudad o municipio.

Teléfono: Escriba en números el teléfono correspondiente de la residencia del trabajador o trabajadora que se accidentó.

Ocupación habitual: Especifique claramente la ocupación habitual del trabajador o trabajadora que se accidentó. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Tiempo en el oficio en el momento del accidente: Según el caso, escriba en números cuántos años, meses o días lleva en el oficio al momento del accidente, el trabajador o la trabajadora que se accidentó.

(Ejemplo: si lleva trabajando varios años, escriba únicamente el número de años; si lleva trabajando menos de un año pero más de un mes, escriba únicamente el número de meses; si lleva trabajando menos de un mes, escriba únicamente el número de días).

Antigüedad en la empresa: Según el caso, escriba en números cuántos años, meses o días lleva laborando en la empresa, el trabajador o la trabajadora que se accidentó. (Ejemplo: si lleva trabajando varios años, escriba únicamente el número de años; si lleva trabajando menos de un año pero más de un mes, escriba únicamente el número de meses; si lleva trabajando menos de un mes, escriba únicamente el número de días).

Salario base de cotización: Escriba en números el salario base de cotización, reportado en la última autoliquidación a la Administradora de Riesgos Profesionales.

Periodicidad de pago: Escriba en números, con qué periodicidad el empleador efectúa el pago del salario (Ejemplo: diario: escriba 1; quincenal; escriba 15; mensual: escriba 30, y así sucesivamente según el caso).

EPS a la que pertenece: Escriba el nombre de la Entidad Promotora de Salud a la cual está afiliado el trabajador o la trabajadora que se accidentó.

ARP a la que pertenece: Escriba el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado el trabajador o la trabajadora que se accidentó. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

IV. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE.

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

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formulario (de 0 a 23 horas). No se tomarán en cuenta los minutos.

Día del accidente: Escriba el número que corresponde al día en que ocurrió el accidente,

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

así:

- 1 = Domingo
- 2 = Lunes
- 3 = Martes
- 4 = Miércoles
- 5 = Jueves
- 6 = Viernes
- 7 = Sábado

Estaba realizando su labor habitual en el momento del accidente? Con una (X) señale si estaba o no realizando su labor habitual en el momento de ocurrir el accidente. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Cuántas horas transcurrieron antes del accidente? Escriba el número de horas que transcurrieron dentro de la jornada laboral, antes de ocurrir el accidente.

Jornada de trabajo: Señale con una (X) en qué jornada estaba laborando el trabajador o la trabajadora que se accidentó. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Sitio de ocurrencia: Marque con una (X) si el accidente se produjo dentro o fuera de la empresa. Posteriormente marque con una (X) en qué lugar de los señalados ocurrió el accidente. Si el sitio de ocurrencia no corresponde a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una (X) "otros" y escriba en "cuál otro" el sitio donde ocurrió. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Lesión o daño aparente sufrido por el trabajador: Marque con una (X) la lesión o el daño aparentemente sufrido por el trabajador o la trabajadora que se accidentó. Si el daño o lesión aparentemente sufrido por el trabajador o la trabajadora que se accidentó no corresponde a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una (X) "otros" y escriba en "cuál otro", la lesión o daño que al parecer sufrió el trabajador. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Parte(s) o lado(s) del cuerpo aparentemente afectados: Marque con una (X) la parte(s) o lado(s) del cuerpo aparentemente afectados por el accidente. Si la parte(s) o lado(s) del cuerpo aparentemente afectados no corresponden a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una (X) "otros" y escriba en "cuál otro", la parte(s) o lado(s) del cuerpo aparentemente afectados. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

Con qué se lesionó el trabajador: Marque con una (X) el elemento con el que directamente se lesionó el trabajador o la trabajadora en el momento del accidente. Si el elemento con que se lesionó no corresponde a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una (X) "otros" y escriba en "cuál otro", el elemento con que se lesionó el trabajador o la trabajadora que se accidentó. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales.

V- DESCRIPCION DEL ACCIDENTE.

Descripción del accidente: En este espacio, por favor describa detalladamente cómo ocurrió en accidente, los elementos que lo produjeron, el lugar, las consecuencias aparentemente sufridas, etc.

IPS que lo atendió: Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios (centro de salud, consultorio médico, hospital, clínica, etc) donde se le prestó la primera atención

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

médica al trabajador o trabajadora que se accidentó.

Personas que presenciaron el accidente: Escriba el nombre y apellido de la o las personas que presenciaron el accidente.

Persona responsable del informe: Escriba el nombre completo (nombres y apellidos) y el cargo en la empresa (si trabaja en la misma empresa donde labora el trabajador o trabajadora que se accidentó), de la persona responsable de diligenciar el informe, con su respectiva firma.

Fecha del informe: Escriba en números y en el orden solicitado (día/mes/año) la fecha de diligenciamiento del informe.

ARTICULO 6o. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO UNICO DE REPORTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Para el diligenciamiento del Formato Unico de Reporte de Enfermedad Profesional se incluirá, en cada uno de ellos, el siguiente instructivo para su diligenciamiento:

FORMATO UNICO DE REPORTE DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

INSTRUCTIVO

Por favor responda cada uno de las preguntas indicadas, con letra imprenta clara o a máquina.

Recuerde que:

- La primera hoja del Informe únicamente debe ser diligenciada por el empleador.
- La segunda hoja del Informe únicamente debe ser diligenciada por el médico que efectúa el diagnóstico de enfermedad profesional.

NO llene los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

ESTAS PREGUNTAS UNICAMENTE DEBEN SER DILIGENCIADAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA, O QUIEN LO REEMPLACE

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social de la empresa, como está inscrita ante la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

CC o NIT: Escriba el número de cédula o el número de identificación tributaria de la empresa, según sea el caso.

Código: Este espacio únicamente debe ser diligenciado por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Dirección: Escriba la dirección de la empresa o del centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Teléfono: Escriba el número de teléfono de la empresa o del centro de trabajo donde se encuentra laborando el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Fax: Escriba el número del Fax de la empresa o del centro de trabajo donde labora el trabajador.

Departamento: Escriba el departamento donde se encuentra la empresa o centro de trabajo donde labora habitualmente el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

la enfermedad profesional. El espacio sombreado correspondiente, únicamente lo debe llenar la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Municipio: Escriba el municipio donde se encuentra la empresa o el centro de trabajo donde habitualmente labora el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional. El espacio sombreado correspondiente, únicamente lo debe llenar la Administradora de Riesgos profesionales (ARP).

II- INFORMACION EXCLUSIVA PARA EMPRESAS TEMPORALES.

(Trabajadores en misión)

Los espacios correspondientes a este numeral únicamente se deben diligenciar en caso que el trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional tenga contrato de trabajo a través de una empresa de servicios temporales, y por lo tanto, sea considerado trabajador en misión en la empresa donde está prestando servicio al momento del diagnóstico.

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social de la empresa de servicios temporales.

CC o NIT: Escriba el número de la cédula o el número de identificación tributaria de la empresa de servicios temporales, según sea el caso.

Código: Este espacio debe ser diligenciado únicamente por la Administradora de Riesgos Profesionales.

Dirección: Escriba la dirección de la empresa de servicios temporales.

Teléfono: Escriba el número de teléfono de la empresa o del centro de trabajo donde se encuentra laborando el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Fax: Escriba el número del Fax de la empresa o del centro de trabajo donde labora el trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Departamento: Escriba el departamento donde se encuentra la empresa de servicios temporales. El espacio sombreado correspondiente, únicamente debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Municipio: Escriba el municipio donde se encuentra la empresa de servicios temporales. El espacio sombreado correspondiente, únicamente debe ser llenado por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

III- INFORMACION DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA A QUIEN SE DIAGNOSTICO LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Apellido y nombre: Especifique apellido y nombre del trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Identificación: Señale con una (X) la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional, y escriba claramente el número de dicho documento. La casilla sombreada únicamente debe ser diligenciada por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Edad cumplida: Escriba en números la edad en años cumplidos. La casilla sombreada únicamente debe ser diligenciada por la ARP.

Sexo: Marque con una (X) la casilla correspondiente. La casilla sombreada únicamente

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

debe ser diligenciada por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Ocupación habitual: Especifique claramente la ocupación habitual actual del trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Tiempo en el oficio en el momento del diagnóstico: Según el caso, escriba en números cuántos años, meses o días lleva en el oficio al momento del diagnóstico de la enfermedad profesional, el trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

(Ejemplo: si lleva trabajando en el oficio varios años, escriba únicamente el número de años; si lleva trabajando en el oficio menos de un año pero más de un mes, escriba únicamente el número de meses; si lleva trabajando en el oficio menos de un mes, escriba únicamente el número de días).

Antigüedad en la empresa: Según el caso, escriba en números cuántos años, meses o días lleva laborando en la empresa, el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional. (Ejemplo: si lleva trabajando en la empresa varios años, escriba únicamente el número de años; si lleva trabajando en la empresa menos de un año pero más de un mes, escriba únicamente el número de meses; si lleva trabajando en la empresa menos de un mes, escriba únicamente el número de días).

Salario base de cotización: Escriba en números el salario base de cotización, reportado en la última autoliquidación a la Administradora de Riesgos Profesionales.

Periodicidad de pago: Escriba en números, con qué periodicidad el empleador efectúa el pago del salario. (Ejemplo: si es diario: escriba 1; si es quincenal, escriba 15; si es mensual, escriba 30, y así sucesivamente, según el caso)

EPS a la que pertenece: Escriba el nombre de la Entidad Promotora de Salud a la cual está afiliado el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

ARP a la que pertenece: Escriba el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado el trabajador o la trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional. El espacio sombreado únicamente debe ser diligenciado por la Administradora de Riesgos Profesionales.

Responsable por la empresa: Escriba los apellidos y nombres completos del representante legal o quien haga sus veces, de la empresa donde labora habitualmente el trabajador o trabajadora a quien se diagnosticó la enfermedad profesional.

Cargo: Escriba el nombre exacto del cargo de la persona responsable por la empresa, del diligenciamiento del informe.

IV- DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

ESTAS PREGUNTAS UNICAMENTE DEBEN SER DILIGENCIADAS POR EL MEDICO QUE EFECTUOEEL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Enfermedad profesional: En los siguientes renglones, escriba el nombre de la enfermedad o las enfermedades profesionales que se le hayan diagnosticado al trabajador o trabajadora enfermo. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Posibles agentes etiológicos: Escriba en el mismo orden del o los diagnósticos descritos en la pregunta anterior, el o los principales posibles agentes etiológicos

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

causantes de las enfermedades descritas. Las casillas sombreadas únicamente deben ser diligenciadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Tiempo de exposicional principal agente etiológico: Para cada uno de los diagnósticos descritos, escriba el número de meses que el trabajador ha estado o estuvo expuesto al principal posible agente etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas, tanto en la empresa donde labora actualmente, como en otras empresas donde laboró con anterioridad, y escriba el tiempo total de exposición.

Observaciones: Describa las observaciones que usted considera son pertinentes para sustentar el diagnóstico de enfermedad profesional.

Médico responsable del diagnóstico: Escriba los apellidos y nombres completos del médico que efectuó el diagnóstico de enfermedad profesional.

Registro Médico: Escriba el número del Registro Médico del médico que efectuó el diagnóstico de enfermedad profesional, con el cual se encuentra registrado ante el Ministerio de Salud.

Licencia de Salud Ocupacional:(OPCIONAL). Si el médico que efectuó el diagnóstico tiene Licencia para la prestación de servicios de Salud Ocupacional a terceros en el área de Medicina de Trabajo, escriba el número de la resolución con que el Ministerio de Salud otorgó dicha licencia.

Fecha del informe: Escriba en el orden señalado la fecha en que se diligenció el informe individual de enfermedad profesional.

ARTICULO 7o. CODIFICACION DEL CODIGO.

Para la codificación del código, se empleará la codificación de la clasificación de Actividades Económicas, conforme el decreto 2100 del 29 de Noviembre de 1995.

ARTICULO 8o. CODIFICACION DE LOS DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS.

Para la codificación de los Departamentos, Distritos y Municipios, se utilizará la Clasificación de la División Política y Administrativa de Colombia "DIVIPOLA", emitida por el DANE.

ARTICULO 9o. CODIFICACION DE LA EDAD.

Para la clasificación correspondiente a la edad del trabajador, se asignan los siguientes códigos:

- 00 Desconocido
- 01 Menores de 15 Años
- 02 De 15 a 19 Años
- 03 De 20 a 24 Años
- 04 De 25 a 29 Años
- 05 De 30 a 34 Años
- 06 De 35 a 39 Años
- 07 De 40 a 44 Años
- 08 De 45 a 49 Años
- 09 De 50 a 54 Años
- 10 De 55 a 59 Años
- 11 De 60 o más Años

ARTICULO 10. CODIFICACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION.

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

Para la clasificación del documento de identificación, las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales emplearán los siguiente códigos:

- 1 CC (Cédula de Ciudadanía)
- 2 TI (Tarjeta de Identidad)
- 3 CE (Cédula de Extranjería)

ARTICULO 11. CODIFICACION DEL SEXO.

Para la clasificación del sexo, las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales emplearán los siguiente códigos:

- 1 Masculino
- 2 Femenino

ARTICULO 12. CODIFICACION DE OCUPACION HABITUAL.

Para la codificación de la ocupación habitual se empleará la Clasificación Nacional de Ocupaciones descrita en el anexo Número 1. de esta Resolución, que forma parte integral de la misma.

ARTICULO 13. CODIFICACION DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES.

Para la codificación correspondiente a las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales se asignan los siguientes códigos:

- 01 Aseguradora de Vida Colseguros S.A
- 05 Aseguradora Grancolombiana de Vida S.A
- 10 Compañía Agrícola de Seguros de Vida S.A
- 15 Compañía de Seguros Atlas de Vida S.A
- 20 Compañía de Seguros Bolívar S.A
- 25 Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A
- 30 Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A
- 35 Compañía Ganadera de Seguros de Vida S.A
- 40 Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A
- 45 Instituto de Seguros Sociales
- 50 La Nacional Compañía de Seguros S.A
- 55 Latinoamericana de Seguros de Vida S.A
- 60 Seguros de Vida Alfa S.A
- 65 Seguros de Vida Colpatria S.A
- 70 Seguros de Vida del Estado S.A
- 75 Seguros de Vida La Fénix de Colombia S.A

En caso que otras entidades obtengan el permiso para funcionar como Administradora de Riesgos Profesionales, la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales asignará el código correspondiente, en orden alfabético.

ARTICULO 14. CODIFICACION DE ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE.

Para la clasificación de la pregunta "estaba realizando su labor habitual en el momento del accidente?", las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales emplearán los siguiente códigos:

- 1 Sí
- 2 No

ARTICULO 15. CODIFICACION DE JORNADA DE TRABAJO.

Para la clasificación de la Jornada de Trabajo , las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, emplearán los siguientes códigos:

- 1 Diurna
- 2 Nocturna
- 3 Jornada extra

ARTICULO 16. CODIFICACION DEL LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE DE TRABAJO.

Para la codificación del lugar donde ocurrió el Accidente de Trabajo, las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales emplearán los siguiente códigos:

A. Localización.

CODIGO: CORRESPONDE A:

- 1 Dentro de la empresa.
- 2 Fuera de la empresa.

B. Lugar donde ocurrió.

CODIGO: CORRESPONDE A:

- 01 Oficinas Y Despachos
- 02 Almacenes Y Depósito
- 03 Taller
- 04 Instalaciones al Aire Libre
- 05 Superficies de Extracción
- 06 Socavones
- 08 Estructuras
- 07 Patios de Labor
- 09 Corredores
- 10 Escaleras
- 11 Locales de Recreo
- 12 Areas Deportivas
- 13 Comedores Y Cocinas
- 14 Locales de Aseo
- 15 Calles y Vías Públicas
- 16 Area de producción de servicios
- 17 Laboratorios
- 18 Otros
- 19 Andamio o grúa
- 20 Techo
- 21 Baño
- 22 Cultivos
- 00 Desconocido

Según si el accidente ocurrió dentro o fuera de la empresa, el código de localización (A), debe preceder al código correspondiente al lugar donde ocurrió (B).

ARTICULO 17. CODIFICACION DE LA LESION O DAÑO APARENTE SUFRIDO POR EL TRABAJADOR.

Para la clasificación de la lesión o el daño aparente sufrido por el trabajador, se emplearán los siguientes códigos:

- 010 Sin lesión aparente
- 300 Raspadura
- 170 Heridas

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

190 Esguince-torcedura
 150 Luxación
 180 Reacción alérgica
 120 Quemadura calórica
 130 Quemadura química
 310 Lumbago-desgarro
 160 Traumatismo-golpe
 210 Fractura
 100 Amputación-Enucleación
 270 Envenenamiento o Intoxicación
 140 Concusión cerebral
 220 Congelación
 230 Pérdida audición
 240 Insolación
 400 Politraumatismo
 250 Hernias
 295 Efecto radiación ionizante
 290 Efecto radiación no ionizante
 998 Muerte
 999 Otro

ARTICULO 18. CODIFICACION DE LA (S) PARTE (S) O LADO (S) DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADOS.

Para la clasificación de la (s) Parte (s) o lado (s) del cuerpo aparentemente afectados, se emplearán los siguientes códigos:

120 Oído
 1210 Oído No Especificado
 1211 Oído Izquierdo
 1212 Oído Derecho
 1213 Ambos Oídos
 1220 Pabellón Auricular No Especificado
 1221 Pabellón Auricular Izquierdo
 1222 Pabellón Auricular Derecho
 1223 Pabellón Auricular Ambos
 1230 Oído Externo No Especificado
 1231 Oído Externo Izquierdo
 1232 Oído Externo Derecho
 1233 Oído Externo Ambos
 1240 Oído Interno No Especificado
 1241 Oído Interno Izquierdo
 1242 Oído Interno Derecho
 1243 Oído Interno Ambos
 1250 Oído Medio No Especificado
 1251 Oído Medio Izquierdo
 1252 Oído Medio Derecho
 1253 Oído Medio Ambos

130 Ojo
 1300 Ojo No Especificado
 1301 Ojo Izquierdo
 1302 Ojo Derecho
 1303 Ambos Ojos
 1410 Mandíbula

144 Boca
 1440 Boca Lado No Especificado

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

1441 Boca Lado Izquierdo
1442 Boca Lado Derecho
1443 Boca Ambos Lados

146 Nariz
1460 Nariz Lado No Especificado
1461 Nariz Lado Izquierdo
1462 Nariz Lado Derecho
1463 Nariz Ambos Lados

148 Cara
1490 Cara No Especificada
1491 Cara Lado Izquierdo
1492 Cara Lado Derecho
1493 Cara Ambos Lados

150 Cuero Cabelludo
1500 Cuero Cabelludo No Especificado
1501 Cuero Cabelludo Lado Izquierdo
1502 Cuero Cabelludo Lado Derecho

160 Cráneo
1600 Cráneo No Especificado
1601 Cráneo Lado Izquierdo
1602 Cráneo Lado Derecho
1603 Cráneo Ambos Lados

2 Cuello
2000 Cuello

3 Extremidades Superiores

300 Extremidad Superior No Especificada
3000 Extremidad Superior No Epecificada
3001 Extremidad Superior No Especificada Izquierda
3002 Etremidad Superior No Especificada Derecha
3003 Extremidad Superior No especificada Ambas

311 Brazo
3110 Brazo No Especificado
3111 Brazo Izquierdo
3112 Brazo Derecho
3113 Ambos Brazos

313 Codo
3130 Codo No Especificado
3131 Codo Izquierdo
3132 Codo Derecho
3133 Ambos Codos

315 Antebrazo
3150 Antebrazo No Especificado
3151 Antebrazo Izquierdo
3152 Antebrazo Derecho
3153 Ambos Antebrazos

320 Muñeca
3200 Muñeca No Especificada
3201 Muñeca Izquierda

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
 Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
 Enfermedad Profesional.

3202 Muñeca Derecha
 3203 Ambas Muñecas

330 Mano
 3300 Mano No Especificada
 3301 Mano Izquierda
 3302 Mano Derecha
 3303 Ambas Manos

340 Dedos Manos
 3400 Dedo Mano No Especificada
 3401 Dedo Mano Izquierda
 3402 Dedo Mano Derecha
 3403 Dedo Ambas Manos

410 Abdomen
 4100 Abdomen Lado No Especificado
 4110 Abdomen Lado Izquierdo
 4120 Abdomen Lado Derecho
 4120 Abdomen Ambos Lados

420 Espalda
 4200 Espalda No Especificada
 4201 Espalda Lado Izquierdo
 4202 Espalda Lado Derecho
 4203 Espalda Ambos Lados

430 Tórax
 4300 Tórax No Especificado
 4301 Tórax Lado Izquierdo
 4302 Tórax Lado Derecho
 4303 Tórax Ambos Lados

440 Cadera y Glúteos
 4400 Cadera No Especificada
 4401 Cadera Izquierda
 4402 Cadera Derecha
 4403 Ambas Caderas
 4404 Glúteo no especificado
 4405 Glúteo Izquierdo
 4406 Glúteo Derecho
 4407 Ambos glúteos

450 Hombro
 4500 Hombro No Especificado
 4501 Hombro Izquierdo
 4502 Hombro Derecho
 4503 Ambos Hombros

5 Extremidades Inferiores

511 Muslo
 5110 Muslo No Especificado
 5111 Muslo Izquierdo
 5112 Muslo Derecho
 5113 Ambos Muslos

513 Rodilla
 5130 Rodilla No Especificada

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

5131 Rodilla Izquierda
5132 Rodilla Derecha
5133 Ambas Rodillas

515 Pierna
5150 Pierna No Especificada
5151 Pierna Izquierda
5152 Pierna Derecha
5153 Ambas Piernas

519 Extremidad Inferior No Especificada
5190 Extremidad Inferior No Especificada
5191 Extremidad Inferior No Especificada Izquierda
5192 Extremidad Inferior No Especificada Derecha
5193 Ambas Extremidades Inferiores No Especificadas

520 Tobillo
5200 Tobillo No Especificado
5201 Tobillo Izquierdo
5202 Tobillo Derecho
5203 Ambos Tobillos

530 Pie
5300 Pie No Especificado
5301 Pie Izquierdo
5302 Pie Derecho
5303 Ambos Pies

540 Dedos Pie
5400 Dedos Pie No Especificado
5401 Dedos Pie Izquierdo
5402 Dedos Pie Derecho
5403 Dedos Ambos Pies

800 Sistemas Orgánicos
8100 Sistema Digestivo
8300 Sistema Músculo-Esquelético
8400 Sistema Nervioso
8500 Sistema Respiratorio
8600 Sistema Genitourinario
8800 Otros Sistemas Orgánicos

900 Partes No Especificadas
999 Sin Clasificar

PARAGRAFO. El Formato Unico de Reporte de Accidente de Trabajo contempla los grandes grupos descritos en el presente artículo; corresponderá a la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales, con base en la información dada por el empleador y la IPS en el Formato, clasificar la parte(s) o lado(s) del cuerpo aparentemente afectados.

ARTICULO 19. CODIFICACION DE LA FUENTE DE LA LESION DEL TRABAJADOR.

Para la clasificación de la fuente de la lesión del trabajador, que responde a la pregunta "con qué se lesionó el trabajador", se emplearán los siguientes códigos:

01 PRESION ATMOSFERICA
0101 Alta Presión
0120 Baja Presión

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

0130 Presión no Especificada

02 ANIMALES

0201 Animales

0230 Pájaros

0250 Insectos

0270 Reptiles

0280 Otros animales

03 PRODUCTOS ANIMALES

0301 Huesos

0310 Plumas

0320 Piel

0330 Cueros Curtidos

0399 Productos Animales No Especificados

05 RECIPIENTES PRESIÓN

0501 Calderas

0510 Recipientes Presurizados

0530 Línea de Presión

0599 Recipientes de Presión No Especificados

06 CAJAS

0601 Barriles

0610 Bultos

0630 Cajas

0650 Botellas

0670 Tanques

0699 Recipientes No Especificados

07 EDIFICACIONES

0701 Edificios Oficina

0710 Puentes

0720 Represas

0730 Tribunas

0740 Andamios

0750 Torres

0760 Muelles

0799 Edificaciones No Especificados

08 ARTICULOS DE CERAMICA

0801 Ladrillos

0810 Porcelana

0820 Tubos de Desagüe

0830 Azulejos

0840 Alfarería

0850 Mosaico Estructural

0899 Artículos de Cerámica No Especificados

09 SUSTANCIAS QUIMICAS

0901 Acidos

0905 Alcoholes

0910 Alcalis

0915 Compuestos Aromáticos

0920 Compuestos Arsénico

0925 Bisulfuro de Carbono

0930 Bióxido de Carbono

0935 Monóxido de Carbono

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

0940 Tetracloruro Carbono
0945 Compuestos de Cianuro
0950 Compuestos Halogenados
0955 Compuestos Metálicos
0960 Óxidos de Nitrógeno
0999 Sustancia Química No Especificada

10 VESTUARIO

1001 Zapatos
1010 Guantes
1020 Sombreros
1030 Sacos
1040 Camisas
1050 Overoles
1060 Medias
1070 Ropa Interior
1099 Vestuario No Especificado

11 CARBON Y DERIVADOS DEL PETROLEO

1101 Carbón
1110 Coque
1120 A.C.P.M
1130 Gasolina
1140 Hidrocarburo Gaseoso
1150 Kerosene
1160 Grasas
1170 Gases Manufacturados
1180 Solventes de Nafta
1190 Asfaltos
1199 Derivados del Petróleo No Especificados

13 TRANSPORTE

1301 Transporte por Gravedad
1350 Transporte por Fuerza Mecánica
1360 Otros transportes

14 DROGAS

1401 Productos Biológicos
1490 Otras Medicinas

15 APARATOS ELECTRICOS

1501 Motores
1505 Generadores
1510 Transformadores
1515 Conductores
1520 Fusibles
1530 Reostatos
1540 Aparatos Magnéticos
1550 Artefactos de Calefacción
1599 Aparatos Eléctricos No Especificados

16 EXCAVACIONES

1610 Excavaciones
1620 Socavones
1630 Zanjas
1640 Túneles
1699 Excavaciones No especificadas

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

18 PRODUCTOS ALIMENTICIOS

- 1810 Frutas
- 1820 Granos
- 1840 Carnes
- 1850 Leche
- 1870 Vegetales
- 1890 Productos Alimenticios No Especificados

19 MOBILIARIO

- 1901 Gabinetes
- 1910 Sillas
- 1920 Mostradores
- 1930 Escritorios
- 1950 Tapetes
- 1960 Lámparas
- 1970 Mesas
- 1999 Muebles No Especificados

20 ARTICULOS DE VIDRIO

- 2000 Artículos de Vidrio

22 HERRAMIENTA MANUAL

- 2201 Hachas
- 2205 Sopletes
- 2210 Cinceles
- 2215 Barras
- 2220 Limas
- 2225 Horquillas
- 2230 Martillos
- 2235 Hachuelas
- 2240 Azadones
- 2245 Cuchillos
- 2246 Machetes
- 2250 Picos
- 2255 Cepillos
- 2260 Alicates
- 2265 Punzones
- 2270 Sogas
- 2275 Serruchos
- 2280 Tijeras
- 2285 Destornilladores
- 2290 Palas
- 2295 Llaves para Tubos
- 2299 Herramienta Manual No Especificada

23 HERRAMIENTA MANUAL MECANIZADA

- 2301 Esmeriles
- 2305 Pulidoras
- 2310 Cinceles
- 2315 Taladros
- 2320 Pisones
- 2325 Planchadoras
- 2330 Cuchillos
- 2335 Armas de Fuego
- 2340 Punzonadoras
- 2345 Remachadoras
- 2350 Sopladoras de Arena

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

2355 Sierras
 2360 Destornilladores
 2370 Soldadores
 2399 Herramienta Manual Mecanizada No especificada

25 EQUIPOS CALEFACCION
 2500 Hornos

26 APARATOS DE IZAR
 2610 Grúas
 2620 Elevadores
 2630 Palas
 2640 Otros Aparatos de Izar
 2641 Elevador Neumático
 2642 Diferenciales
 2643 Elevador Eléctrico
 2644 Pescante de Malacate
 2645 Gatos
 2646 Ganchos
 2647 Cangilones
 2699 Aparato de Izar No Especificado

27 AGENTES INFECCIOSOS
 2700 Agentes Infecciosos

28 ESCALERAS
 2810 Escaleras Fijas
 283 Escaleras Movibles
 2831 Escaleras Extensión
 2833 Escaleras Paso Ancho
 2835 Escaleras de Mano
 2899 Escaleras No Especificadas

29 LIQUIDOS
 2910 Agua
 2999 Otros Líquidos

30 MAQUINAS
 3001 Agitadoras
 3050 Máquinas Agrícolas
 3100 Esmeriles
 3150 Máquinas para Fundir
 3160 Inyectoras
 3200 Molinos
 3250 Taladros
 3300 Máquinas Movimiento de Tierra
 3350 Máquinas Minería
 3400 Máquinas de Oficina
 3450 Empacadoras
 3500 Cardadoras
 3550 Cepilladoras
 3600 Troqueladoras
 3650 Máquinas de Imprenta
 3700 Laminadoras
 3750 Sierras
 3800 Tamizadoras
 3850 Cizallas
 3900 Máquinas de Coser

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

- 3950 Máquinas de Hilar
- 3999 Máquinas No Especificadas

- 40 APARATOS DE TRANSMISION DE FUERZA MECANICA
- 4010 Correas
- 4020 Cables
- 4030 Poleas
- 4040 Embragues Fricción
- 4050 Engranajes
- 4099 Aparatos de Transmisión de Fuerza No especificados

- 41 ARTICULOS DE METAL
- 4100 Artículos de Metal

- 42 PRODUCTOS MINERALES DE METAL
- 4200 Productos Minerales Metálicos

- 43 PIEDRAS
- 4300 Piedras

- 45 PAPEL
- 4500 Papel

- 46 PARTICULAS
- 4600 Partículas

- 47 ARBOLES
- 4700 Arboles

- 48 ARTICULOS PLASTICOS
- 4800 Artículos Plásticos

- 49 BOMBAS
- 4910 Motores
- 4930 Bombas
- 4950 Turbinas
- 4999 Bombas No especificados

- 50 EQUIPO RADIOACTIVO
- 5010 Isótopos
- 5020 Radio
- 5030 Reactor Atómico
- 5040 Desperdicios Radioactivos
- 5050 Radiación Solar
- 5060 Equipo de Rayos Ultravioletas
- 5070 Equipos Soldadura
- 5080 Equipos de Rayos X
- 5099 Sustancias Radioactiva No especificados

- 51 JABONES
- 5100 Jabones

- 53 DESECHO INDUSTRIAL
- 5300 Desecho Industrial

- 55 PRODUCTOS TEXTIL NO ESPECIFICADOS
- 5500 Producto Textil No especificados

- 56 VEHICULOS

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

- 5601 Vehículos de Tracción Animal
- 5610 Vehículos Aéreos
- 5620 Carros
- 5625 Bicicletas
- 5630 Vehículos para Plantas
- 5631 Carros de Mano
- 5635 Montacargas
- 5638 Tractores
- 5640 Vehículos sobre Rieles
- 5650 Trineos
- 5660 Lanchas
- 5699 Vehículos No especificados

57 PRODUCTOS MADERA
5700 Productos Madera

- 58 SUPERFICIES TRABAJO
- 5801 Piso
 - 5810 Terreno
 - 5815 Rampas
 - 5820 Techos
 - 5825 Pasillos
 - 5830 Aceras
 - 5840 Escaleras
 - 5845 Calles
 - 5899 Superficies de Trabajo No especificados

59 MEDIO AMBIENTE
5900 Medio Ambiente

88 MISCELANEOS
8800 Misceláneos

98 DESCONOCIDO
9800 Desconocido

99 NINGUNO
9999 Ninguno

PARAGRAFO. El Formato Unico de Reporte de Accidente de Trabajo contempla los grandes grupos descritos en el presente artículo; corresponderá a la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales, con base en la información dada por el empleador y la IPS en el Formato, clasificar la fuente de la lesión en los subgrupos descritos.

ARTICULO 20. CODIFICACION DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Para la clasificación de las enfermedades profesionales, la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), empleará los siguiente códigos:

- 01 Silicosis (Polvo de Sílice)
- 02 Silicoantracosis (Polvo de Carbón y Sílice)
- 03 Asbestosis (Polvo de Asbesto)
- 04 Talcosis (Manipulación de polvos de Talco)
- 05 Siderosis (Polvo de óxido de Hierro)
- 06 Baritosis (Polvo de óxido de Bario)
- 07 Estañosis (Polvo de óxido de Estaño)
- 08 Calicosis (Polvo de Calcio o polvo de Caliza)
- 09 Bisinosis (Polvo de Algodón)

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

- 10 Bagazosis (Bagazo de caña de azúcar)
- 11 Enfermedad pulmonar por polvo de cáñamo
- 12 Tabacosis (Polvo de Tabaco)
- 13 Saturnismo (Plomo y sus compuestos)
- 14 Hidragirismo (Mercurio y sus amalgamas)
- 15 Enfermedades causadas por el Cadmio y sus compuestos
- 16 Manganismo (Manganeso y sus compuestos)
- 17 Cromismo (Cromo y sus compuestos)
- 18 Beriliosis (Berilio y sus compuestos)
- 19 Enfermedades producidas por el Vanadio y sus compuestos
- 20 Arsenismo (Arsénico y sus compuestos)
- 21 Fosforismo (Fósforo y sus compuestos)
- 22 Fluorosis (Flúor y sus compuestos)
- 23 Clorismo (Cloro y sus compuestos)
- 24 Enfermedades producidas por Radiaciones Ionizantes (minerales radiactivos, sustancias radiactivas, rayos X)
- 25 Enfermedades producidas por Radiaciones Infrarrojas
- 26 Enfermedades producidas por Radiaciones Ultravioleta: conjuntivitis y lesiones de córnea (rayos láser o máser, soplete de plasma)
- 27 Enfermedades producidas por iluminación insuficiente: fatiga ocular, nistagmus.
- 28 Enfermedades producidas por otros tipos de radiaciones no ionizantes.
- 29 Sordera (Hipoacusia) profesional
- 30 Enfermedades por vibración
- 31 Calambre ocupacional de mano o de antebrazo
- 32 Enfermedades por bajas temperaturas
- 33 Enfermedades por altas temperaturas
- 34 Catarata profesional
- 35 Síndromes por alteraciones barométricas
- 36 Nistagmus de los mineros
- 37 Otras lesiones osteomusculares y ligamentosas de origen profesional
- 38 Enfermedades infecciosas y parasitarias en trabajos con exposición a riesgos biológicos
- 39 Enfermedades causadas por sustancias químicas y sus derivados
- 40 Asma ocupacional y neumonitis inmunológica
- 41 Cáncer de origen ocupacional
- 42 Patologías causadas por estrés en el trabajo
- 43 Otras enfermedades de origen profesional no incluidas en otro numeral

ARTICULO 21. CODIFICACION DEL POSIBLE AGENTE ETIOLOGICO.

Para la clasificación del posible agente etiológico, se emplearán los siguientes códigos:

- 010 Berilio o sus compuestos tóxicos
- 020 Cadmio o sus compuestos tóxicos
- 030 Cromo o sus compuestos tóxicos
- 040 Fósforo o sus compuestos tóxicos
- 050 Manganeso o sus compuestos tóxicos
- 060 Arsénico o sus compuestos tóxicos
- 070 Mercurio o sus compuestos tóxicos
- 080 Plomo o sus compuestos tóxicos
- 090 Flúor o sus compuestos tóxicos
- 100 Sulfuro de carbono
- 110 Derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos.
- 120 Derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos aromáticos.
- 130 Benceno o sus homólogos tóxicos.
- 140 Derivados nitrogenados y amínicos tóxicos del benceno o sus homólogos.
- 150 Nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.
- 160 Alcoholes.

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995

Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional.

- 170 Glicoles.
- 180 Acetonas.
- 190 Sustancias asfixiantes: Monóxido de Carbono, Cianuro de Hidrógeno o sus derivados tóxicos, Hidrógeno Sulfurado.
- 200 Acrilonitrilo
- 210 Oxidos de Nitrógeno
- 220 Vanadio o sus compuestos tóxicos
- 230 Antimonio o sus compuestos tóxicos
- 240 Hexano
- 250 Acidos minerales
- 260 Agentes farmacéuticos
- 270 Talio o sus compuestos
- 280 Osmio o sus compuestos
- 290 Selenio o sus compuestos
- 300 Cobre o sus compuestos
- 310 Estaño o sus compuestos
- 320 Zinc o sus compuestos
- 330 Ozono o el Fosgeno
- 340 Sustancias irritantes: benzoquinona y otras sustancias irritantes de la córnea.
- 350 Polvo de Sílice
- 360 Polvo de Asbesto
- 370 Polvo de Talco
- 380 Polvo de Carbón
- 390 Polvo de Carbón-Sílice
- 400 Polvo de Oxido de Hierro
- 410 Polvo de Bario
- 420 Polvo de Estaño
- 430 Cloro y sus compuestos
- 440 Cualquier otro agente químico no especificado en otro numeral
- 450 Ruido
- 460 Vibraciones
- 470 Presiones anormales
- 480 Aire comprimido
- 490 Iluminación
- 500 Radiaciones ionizantes
- 510 Radiaciones térmicas
- 520 Radiaciones ultravioletas
- 530 Radiaciones infrarrojas
- 540 Temperaturas extremas
- 550 Cualquier otro agente físico no especificado en otro numeral
- 560 Bacterias
- 570 Hongos
- 580 Virus
- 590 Parásitos
- 600 Ricketsias
- 610 Cualquier otro agente infeccioso no especificado en otro numeral
- 620 Sobrecarga laboral cuantitativa
- 630 Demasiado trabajo con relación al tiempo para ejecutarlo
- 640 Trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo
- 650 Trabajo con técnicas de producción en masa, repetitivo o monótono.
- 660 Trabajo por turnos nocturnos
- 670 Trabajo con estresantes físicos con efectos psicosociales
- 680 Cualquier otro agente etiológico psicosocial no especificado en otro numeral
- 690 Mantenimiento de una postura por periodos de tiempo prolongados.
- 700 Mal diseño del puesto de trabajo (no se ajusta a las dimensiones antropométricas del trabajador).
- 710 Levantamiento de cargas con pesos por encima de los límites permitidos.

RESOLUCION NUMERO 4059 de 1995
Por la cual se adoptan el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo y el Formato Único de Reporte de
Enfermedad Profesional.

- 720 Movilización y transporte de cargas con pesos por encima de los límites permitidos (ausencia de ayudas mecánicas).
- 730 Cualquier otro agente etiológico ergonómico no especificado en otro numeral.

ARTICULO 22. PLAZO PARA IMPLEMENTACION.

Las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales tendrán plazo de ciento veinte días calendario a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, para la implementación de los Formatos adoptados en esta Resolución.

Dentro de este plazo y conforme a lo previsto en esta resolución, las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales deberán remitir para su aprobación, a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el proyecto de Formato que van a utilizar.

ARTICULO 23. VIGENCIA.

La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a

MARIA SOL NAVIA VELASCO
Ministra de Trabajo y Seguridad Social