

## **Sección Accidentes en Actos de Servicio**

### **¿ Que se entiende por Accidentes de trabajo o en Actos de Servicio?**

Para efectos de la Ley N° 16.744, de fecha 01.FEB.1968, entiende “toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte”. Son también accidentes de trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso entre la habitación y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores.

También se incorporó como accidente del trabajo los daños físicos o psíquicos que sufran los trabajadores de las empresas, entidades o establecimientos que sean objeto de robo, asalto u otra forma de violencia delictual, a causa o con ocasión del trabajo.

# Sección Accidentes en Actos de Servicio

## Normativa y Reglamentación Vigente

- 1.- ESTATUTO DEL PERSONAL DE LA POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE  
(D.F.L. N° 1 del 15.MAY.980)  
“Capítulo 6° Accidentes y Enfermedades Derivadas del Servicio”.
- 2.- DECRETO N° 34 (05.JUL.984)  
“Reglamento que Clasifica Categorías y Clases de las Lesiones e Invalideces del Personal de la Institución”.
- 3.- DECRETO N° 36 (01.AGO.984)  
“Aprueba Reglamento sobre Enfermedades Profesionales e Invalideces del Personal de la Policía de Investigaciones de Chile”.
- 3.- ORDEN GENERAL N° 2.480 (Del 09.DIC.016)  
“Reglamento Interno de la Jefatura Nacional de Salud”.
- 4.- LEY N° 16.744, (01.FEB.968) Ministerio del Trabajo y Previsión Social  
“Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”.

## **Sección Accidentes en Actos de Servicio**

### **¿Que debo hacer si tengo un Accidente en Actos de Servicio?**

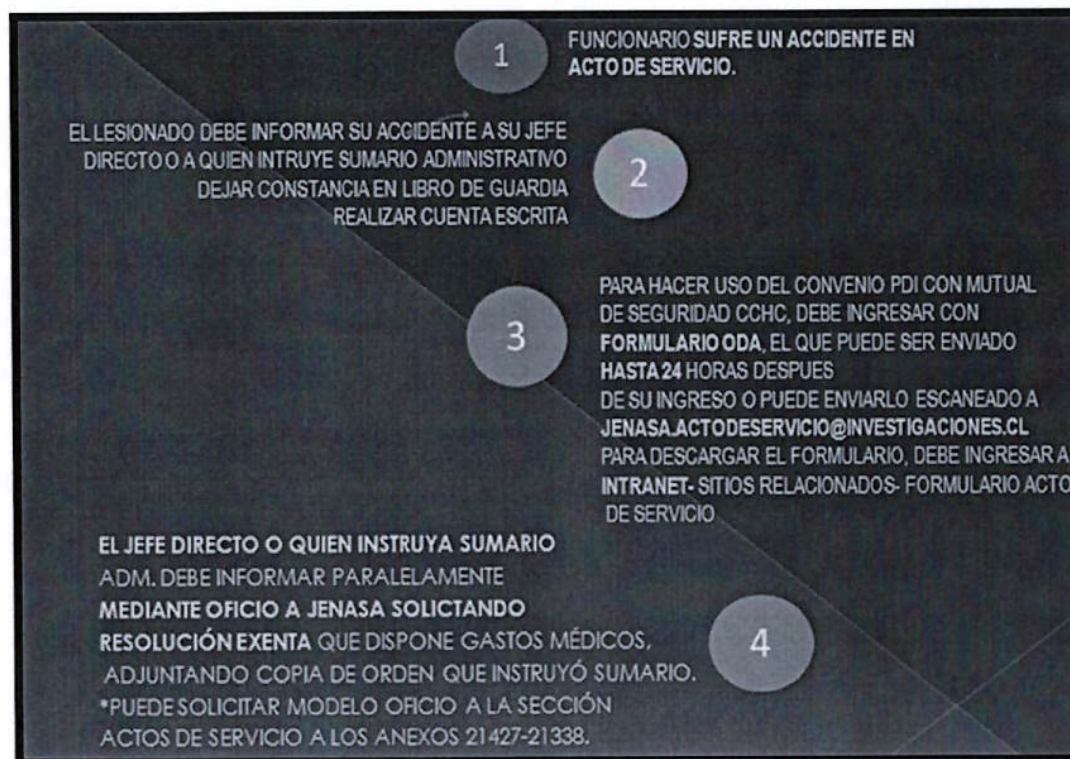
- 1.- Dar aviso a Jefe directo o Jefe de Unidad.
- 2.- Dejar constancia en el libro de guardia libro 1-A “Novedades de la guardia”.
- 3.- Dar cuenta escrita solicitando la instrucción de Sumario Administrativo.
- 4.- Dirigirse a un centro asistencial de salud (Mutual de Seguridad, Hospital de Carabineros, o el más cercano al lugar del accidente, conforme a la gravedad de la lesión).

\*Para hacer uso del convenio PDI con Mutual de Seguridad CCHC, esta exigirá la Orden de Atención (Garantía), al momento de la atención, o enviar escaneado (en un plazo máx. de 24 horas) al mail [jenasa.actodeservicio@investigaciones.cl](mailto:jenasa.actodeservicio@investigaciones.cl) .

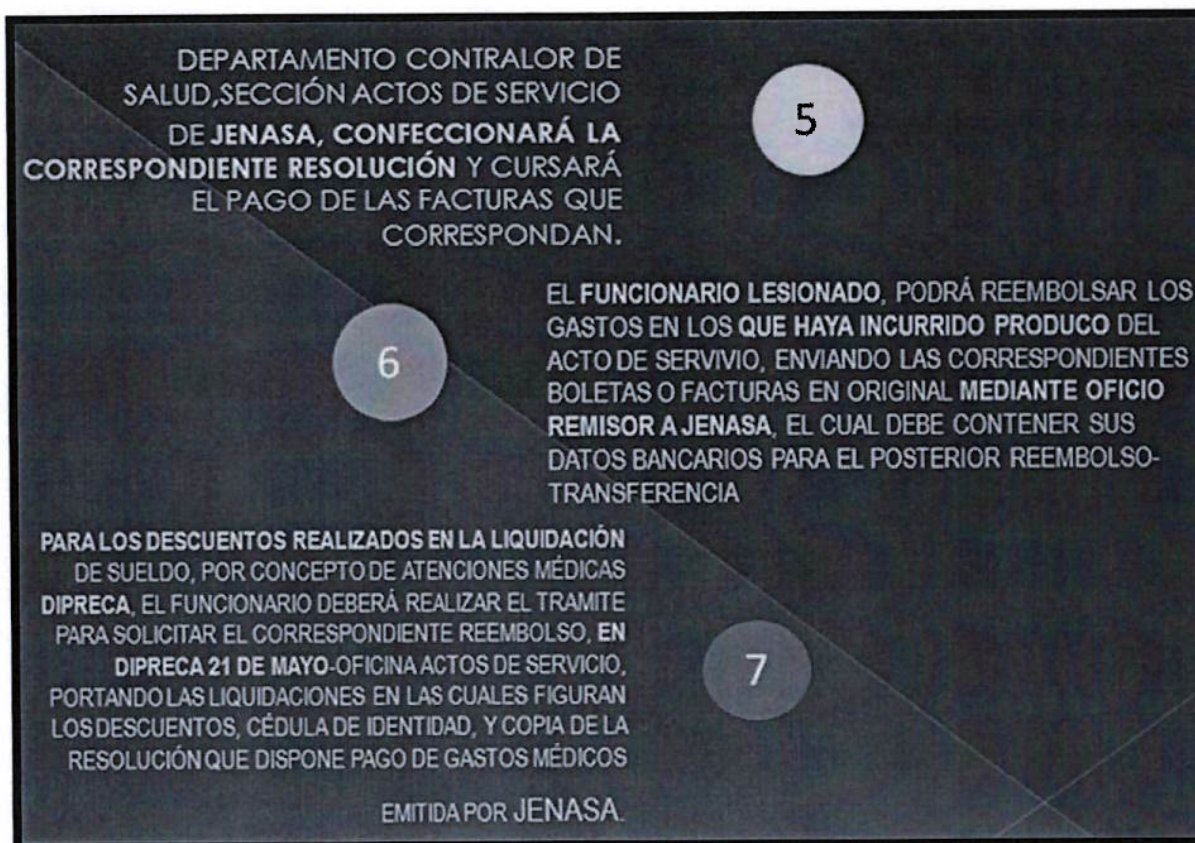
\*Para descargar dicho formulario u ODA, debe ingresar a intranet- sitios relacionados- Formulario Actos de Servicio.

# Sección Accidentes en Actos de Servicio

## Flujo de Departamento Acto de Servicio



## Sección Accidentes en Actos de Servicio



5.- En los casos en que producto del estado de gravedad del lesionado, no pueda realizar lo señalado precedentemente en los numerales 1, 2 y 3, será el Jefe de Unidad o quien corresponda, Instruir Sumario Administrativo (D.F.L N°1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, capítulo 6°, artículo 72°)

6.- El Jefe de Unidad o quien instruya el Sumario Administrativo, debe solicitar paralelamente mediante Oficio a JENASA, Resolución Exenta que Dispone Pago de Gastos Médicos, adjuntando copia de la Orden que instruyó sumario.

Puede solicitar el modelo de oficio a la Sección Accidentes en Actos de Servicio  
Anexos :21427-21338.

7.- El Departamento Contralor de Salud, a través de la Sección Accidentes en Actos de Servicio, confeccionará la correspondiente Resolución.

## Modelo Oficio Solicitud Resolución Exenta Pago de Gastos Médicos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ORD: N° \_\_\_\_\_

ANT: Orden General N° 2.553, de fecha 11.JUN.018, que modifica Orden General N° 2.480, de fecha 09.DIC.016, Reglamento Interno de la Jefatura Nacional de Salud.

MAT: Solicita Resolución que dispona pago de gastos médicos.

SANTIAGO,

DE : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A : JEFATURA NACIONAL DE SALUD

- 1.- En cumplimiento a lo establecido en la normativa mencionada en el antecedente, ~~se~~ informa sobre el accidente en acto de servicio que sufrió el Cargo y Grado xxxxxxxxxxxxxxxx, (Breve reseña). (Se debe además consignar el centro médico u hospital donde fue atendido el funcionario (a) accidentado (a) y el diagnóstico que allí recibió).
- 2.- Por lo anterior, ~~se~~ solicita a esa Jefatura, emitir la Resolución correspondiente, para el pago de los gastos médicos, por la lesión sufrida en acto de servicio, cuyos derechos previsionales y responsabilidades administrativas serán determinados en el Sumario Administrativo, ordenado Instruir mediante Orden N° XXX, de fecha XXXX. (adjuntar fotocopia de Orden ~~de~~ Sumario),.

Saluda a US.,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Prefecto  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

8.- La Comisión revisora de Gastos JENASA, será la encargada de examinar, autorizar e informar mediante Acta a la Jefatura Nacional de Recursos Financieros a fin de dar curso al pago de las facturas o reembolsos que correspondan.

9.- El funcionario/a lesionado/a, podrá reembolsar los gastos en los que haya incurrido producto del Acto de Servicio, enviando mediante Oficio remisor a JENASA, las boletas o facturas en original y certificadas.

\*Puede solicitar oficio modelo a la Sección Accidentes en Actos de Servicio.

Anexos :21427-21338

10.- Si el lesionado/a verifica un descuento por planilla en su liquidación de sueldo (Cód. 622) "Atención Médica DIPRECA" y esta corresponde a la atención por la lesión sufrida en Acto de Servicio, deberá solicitar el reembolso directamente a DIPRECA, mediante mail a:  
[actosdeservicio@dipreca.cl](mailto:actosdeservicio@dipreca.cl)



## Modelo Oficio para Solicitar Reembolso de Gastos

XXXXXXXXXXXXXX

ORD.: N° \_\_\_\_\_/

ANT.: Resolución Exenta N° \_\_\_\_\_, N°  
XXXXXXX, de la Jefatura  
Nacional de Salud.

MAT.: Solicita reembolsos de gastos  
médicos.

SANTIAGO,

DE : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A : JEFATURA NACIONAL DE SALUD

1.- En cumplimiento a lo resuelto en documento señalado en el Ant., que dice relación con el pago de gastos médicos por accidente ocurrido en acto de servicio, se remite a esa Jefatura Nacional de Salud la siguiente documentación, correspondiente al Inspector XXXXXXXXXXXXX, RUT N° XXXXXXXXXXX, teléfono de contacto N° 09/999999999, con el objeto que se efectúe el reembolso correspondiente.

- Ej.: Boleta N° \_\_\_\_\_, de fecha 01.ENE.201-, emitida por \_\_\_\_\_, un valor de \$ \_\_\_\_\_ correspondiente a la compra de \_\_\_\_\_.

2.- Además se remite fotocopia de la Resolución Exenta N° 1, de fecha 01.ENE.201-, de la Jefatura de Logística, que dispone el pago de gastos médicos.

3.- Para el objetivo anterior, se informa a US., cuenta corriente Número 000.000.000, del Banco \_\_\_\_\_, a nombre del Inspector XXXXXXXXXXX.

Saluda a US.,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prefecto  
Jefe Jefatura de XXXXXXXX

XXXXXX  
Distribución:  
-XXXX (1)  
-XXXX (1)  
-XXXX (1)