INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

sura

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO EPS | ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO | SEGURO SOCIAL SI ☐ NO ☐ CUÁL | CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO DE IDENTIFICACIÓN NI ☐ CC ☐ CE ☐ N.U ☐ PA ☐ | NÚMERO

DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX

CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA U ☐ R ☐

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR | **CÓDIGO**

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☐ SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO | CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE

DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX

DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA U ☐ R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ 4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ CÓDIGO (5)

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ | NÚMERO | FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A | SEXO M ☐ F ☐

DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX

DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA U ☐ R ☐ | CARGO

OCUPACIÓN HABITUAL | CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL | TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE D D M M

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE D D M M A A A A | HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) H H M M | DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO

JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐ | ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI ☐ (2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo) | CÓDIGO

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE H H M M | TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI ☐ (2) NO ☐ | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE | ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U ☐ R ☐

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐ (3) TRABAJO EN CASA ☐

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)

- ☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
- ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS
- ☐ (5) ESCALERAS
- ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICUL
- ☐ (7) OFICINAS
- ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- ☐ (9) OTRO. (Especifique)

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

- ☐ (10) FRACTURA
- ☐ (20) LUXACIÓN
- ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo
- ☐ (41) HERIDA
- ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- ☐ (60) QUEMADURA
- ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- ☐ (81) ASFIXIA
- ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES
- ☐ (99) OTRO. (Especifique)

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:

- ☐ (1) CABEZA
- ☐ (1.12) OJO
- ☐ (2) CUELLO
- ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- ☐ (3.32) TÓRAX
- ☐ (3.33) ABDOMEN
- ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES
- ☐ (4.46) MANOS
- ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES
- ☐ (5.56) PIES
- ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES
- ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- ☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- ☐ (3) APARATOS
- ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS
- ☐ (4.4) RADIACIONES
- ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
- ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

- ☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS
- ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS
- ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- ☐ (4) ATRAPAMIENTOS
- ☐ (5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
- ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
- ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDA
- ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
- ☐ (9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No.

CARGO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No.

CARGO

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No.

CARGO

FIRMA | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO