

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

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, NÚMERO, DIRECCIÓN, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, ZONA, CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR, SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?, NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO, CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO, DIRECCIÓN, TELÉFONO, FAX, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, ZONA

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, NÚMERO, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO, DIRECCIÓN, TELÉFONO, FAX, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, ZONA, CARGO, OCUPACIÓN HABITUAL, CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL, TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE, FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA, SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL), JORNADA DE TRABAJO HABITUAL

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE, HORA DEL ACCIDENTE, DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, JORNADA EN QUE SUCIDE, ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?, TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE, TIPO DE ACCIDENTE, CAUSO LA MUERTE AL TRABAJADOR?, DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE, MUNICIPIO DEL ACCIDENTE, ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

INDIQUE CUAL 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 VEHICULAR, (7) OFICINAS, (8) OTRAS ÁREAS COMUNES, (9) OTRO. (Especifique)

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES), (10) FRACTURA, (20) LUXACIÓN, (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA, (30) COMOCIÓN 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)

PORTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA, (1.12) OJO, (2) CUELLO, (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis), (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) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO, (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA, (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD, (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?, APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, CARGO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, CC, CE, N.U, TI, PA

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado), APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, CARGO, FIRMA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO