INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.		EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO APP
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL	SI ☐ NO ☐	CUAL	CÓDIGO APP 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 ECONOMICA						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						
TIPO DE IDENTIFICACION						
DIRECCION						
CORREO ELECTRONICO						
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR						
CODIGO						
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MENOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☐ (MARQUE CON UNO INDICATIVO DELIGANCIA LAS SIGUIENTES CATEGORIAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO)						
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA						
DIRECCION						
DEPARTAMENTO						
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ						
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDEZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ CÓDIGO (6)						
PRIMER APELLIDO						
SEGUNDO APELLIDO						
PRIMER NOMBRE						
SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DE IDENTIFICACION						
DIRECCION						
DEPARTAMENTO						
MUNICIPIO						
ZONA U						
CARGO						
OCUPACION HABITUAL						
CÓDIGO OCUPACION HABITUAL						
TIEMPO DE OCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE						
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA						
SALARIO O HONORARIOS (MENSUAL)						
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL						
DIRECCION						
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE						
FECHA DEL ACCIDENTE						
HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)						
DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE						
JORNADA EN QUE OCURRIÓ						
ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL						
ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL						
CÓDIGO						
TOTAL TIEMPO LABORADO ANTES DEL 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: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐						
INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)						
TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)						
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS (4) CORRIDORES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PASADIZOS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR (7) OFICINAS (8) OTRAS ÁREAS COMÚNES (9) OTRO. (Especifique)						
(10) FRACTURA (11) LUXACIÓN (12) LACERACIÓN MUSCULAR, HERIDA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA (13) COMOCIÓN O TRAUMA INTERNO (14) AMPUTACIÓN O ENSECCION (Inclusión o pérdida del ojo) (15) HERIDA (16) TRAUMA SUPERFICIAL (Inclusión rasguño, picadura o pincadura y lesión en ojo por cuerpo extraño) (17) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO (18) QUEMADURA (19) ENVENENAMIENTO O INTOXICACION AGUDA O ALERGICA (20) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA Y OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (21) ASPIRIA (22) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD (23) SOBRESUFERENCIA ESPERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO (24) EXPOSICION O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA (25) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD (26) EXPOSICION O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOXIVAS, IRRITANTES O MALPACIFICADORAS (27) OTRO. (Especifique)						
PARTE DEL CUERPO AFECTADO/AFECTADOS						
AGENTE DEL ACCIDENTE: CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR.						
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE						
(1) CAÍDA (1.1) S/O (2) CURSO (3) TRONCO (Inclusión espalda, columna vertebral, miembros superiores, pies) (3.1) TORSAX (3.2) TORSAX (3.3) ARBOLONES (4) MIEMBROS SUPERIORES (4.1) MIEMBROS SUPERIORES (5) MIEMBROS INFERIORES (6) PIES (6.1) LESIONES MÚLTIPLES (7) LESIONES GENERALES U OTRAS						
(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS (2) MEDIOS DE TRANSPORTE (3) APARATOS (3.1) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS (4) MATERIALES O SUSTANCIAS (4.1) RADICACIONES (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Inclusión superficies de tránsito y de trabajo, escaleras, rejillas, en el exterior, interior o subterráneo) (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (6.1) ANIMALS (Inclusión animales domésticos) (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS						
(1) CAÍDA DE PERSONAS (2) CAÍDA DE OBJETOS (3) PASADAS, CHOCOS O GOLPES (4) ATRAPAMIENTOS (5) SOBRESUFERENCIA ESPERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO (6) EXPOSICION O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA (7) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD (8) EXPOSICION O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOXIVAS, IRRITANTES O MALPACIFICADORAS (9) OTRO. (Especifique)						
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE						
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUE LO OCURRIÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas que sean, estado, donde, cómo y por qué)						
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE						
HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐ EN CASO DE AFIRMATIVA INDICAR LA SIGUIENTE INFORMACION:						
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U.C. ☐ TI ☐ PA ☐ CARGO No.						
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U.C. ☐ TI ☐ PA ☐ CARGO No.						
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)						
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U.C. ☐ TI ☐ PA ☐ CARGO No.						
TITULO FECHA DE ELABORAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						