

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE - FURAT



No. _____

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL		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 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 TRABAJO _____

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 DD MM AAAA 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 DD MM

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DD MM AAAA SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) _____ JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA (2) NOCTURNA (3) MIXTO (4) TURNOS

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE DD MM AAAA HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) HH MM DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO

JORNADA EN QUE SUCEDIÓ (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 HH MM 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

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 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, 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? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CARGO	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CARGO	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CARGO	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
	DD MM AAAA

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO