



EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
ARL a la que está afiliado COLPENSIONES (Indicar nombre ARL si no es el COLPENSIONES)		Código ARL o COLPENSIONES	
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál?			

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL (EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA)**

**SEDE PRINCIPAL**

Tipo de vinculator laboral  
Empleador  Contratante  Cooperativa de Trabajo Asociado

Nombre de la actividad económica	Código	Nombre o razón social	Tipo de identificación	No. de identificación
			NI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>	
Dirección		Correo Electrónico		
Teléfono	Fax	Departamento	Código	Municipio
				Código
				Zona
				U <input type="radio"/> R <input type="radio"/>

**CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR** ¿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	Código de la actividad económica	Teléfono	Fax
Dirección		Código	Zona
			U <input type="radio"/> R <input type="radio"/>

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ**

Tipo de vinculación	Código	Primer Apellido	Segundo Apellido
Planta <input type="radio"/> Misión <input type="radio"/> Cooperado <input type="radio"/> Estudiante o aprendiz <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/>			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de identificación	No. de identificación
		NI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>	
Fecha de nacimiento	Género	Dirección	Teléfono
DD MM AAAA	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
Departamento	Código	Municipio	Código
			Zona
			U <input type="radio"/> R <input type="radio"/>
Tiempo de ocupación habitual	Fecha ingreso a la empresa	Salario u honorarios (Mensual)	Jornada de trabajo habitual
(al momento del accidente) Día (s) _____ Mes (es) _____	DD MM AAAA	\$ _____	Diurna <input type="radio"/> Nocturna <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Turnos <input type="radio"/>

**III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE**

Fecha del accidente	Hora del accidente (0-23 Horas)	Día de la semana en el que ocurrió el accidente	Jornada en que sucede
DD MM AAAA	HH MM	Lunes <input type="radio"/> Martes <input type="radio"/> Miércoles <input type="radio"/> Jueves <input type="radio"/> Viernes <input type="radio"/> Sábado <input type="radio"/> Domingo <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/> Extra <input type="radio"/>
¿Estaba realizando su labor habitual? (Diligenciar solo en caso negativo)		Código	Tiempo laborado (previo al accidente)
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál?			
Causó la muerte al trabajador	Departamento del accidente	Código	Municipio del accidente
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
		Código	Zona donde ocurrió el accidente
			U <input type="radio"/> R <input type="radio"/>
			Lugar donde ocurrió el accidente
			Dentro de la empresa <input type="radio"/> Fuera de la empresa <input type="radio"/>
Indique cuál sitio			
<input type="radio"/> (1) Almacenes o depósitos <input type="radio"/> (2) Áreas de producción <input type="radio"/> (3) Áreas recreativas o deportivas <input type="radio"/> (4) Corredores o pasillos <input type="radio"/> (5) Escaleras <input type="radio"/> (6) Parquederos o áreas de circulación vehicular <input type="radio"/> (7) Oficinas <input type="radio"/> (8) Otras Áreas comunes <input type="radio"/> (9) Otro			
Tipo de Lesión (marque con una x cuál(es))			
<input type="radio"/> (10) Fractura <input type="radio"/> (11) Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón sin herida. <input type="radio"/> (12) Luxación <input type="radio"/> (13) (30) Conmoción o trauma interno <input type="radio"/> (14) (40) Amputación o enucleación (exclusión o pérdida del ojo) <input type="radio"/> (15) (41) Herida <input type="radio"/> (16) (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="radio"/> (17) (55) Golpe o contusión o aplastamiento <input type="radio"/> (18) (60) Quemaduras <input type="radio"/> (19) (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia <input type="radio"/> (20) (80) Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente <input type="radio"/> (21) (81) Asfixia <input type="radio"/> (22) (82) Efecto de la electricidad <input type="radio"/> (23) (83) Efecto nocivo de la radiación <input type="radio"/> (24) (90) Lesiones Múltiples <input type="radio"/> (25) (99) Otro (especifique)			
Parte del cuerpo aparentemente afectada			
<input type="radio"/> (1) Cabeza <input type="radio"/> (1.12) Ojo <input type="radio"/> (2) Cuello <input type="radio"/> (3) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="radio"/> (3.32) Tórax <input type="radio"/> (3.33) Abdomen <input type="radio"/> (4) Miembros Superiores <input type="radio"/> (4.46) Manos <input type="radio"/> (5) Miembros Inferiores <input type="radio"/> (5.56) Pies <input type="radio"/> (6) Ubicaciones múltiples <input type="radio"/> (7) Lesiones generales u otras			
Agente del accidente (con qué se lesionó el trabajador)		Mecanismo o forma del accidente:	
<input type="radio"/> (1) Máquinas y/o equipos <input type="radio"/> (2) Medios de transporte <input type="radio"/> (3) Aparatos <input type="radio"/> (3.36) Herramientas, implementos ó utensilios <input type="radio"/> (4) Materiales o sustancias <input type="radio"/> (44) Radiaciones <input type="radio"/> (5) Ambiente de trabajo (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos). <input type="radio"/> (6) Otros agentes no clasificados <input type="radio"/> (6.61) Animales (Vivos o productos animales) <input type="radio"/> Agentes no clasificados por falta de datos		<input type="radio"/> (1) Caída de personas <input type="radio"/> (2) Caída de objetos <input type="radio"/> (3) Pisadas, choques o golpes <input type="radio"/> (4) Atrapamientos <input type="radio"/> (5) Sobre esfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento <input type="radio"/> (6) Exposición o contacto con temperatura extrema <input type="radio"/> (7) Exposición o contacto con la electricidad <input type="radio"/> (8) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras <input type="radio"/> (9) Otro (especifique)	

**IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

Describe detalladamente dentro de la información del accidente, qué lo originó o causó y los demás aspectos relacionados con el accidente.

**PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE** ¿Hubo personas que presenciaron el accidente? Si  No  (En caso afirmativo diligenciar la siguiente información)

Nombre Completo	Tipo de identificación	No. de identificación	Cargo
	NI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>		
Nombre Completo	Tipo de identificación	No. de identificación	Cargo
	NI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>		
Persona responsable del informe (Representante o Delegado)			
Nombre Completo	Tipo de identificación	No. de identificación	Cargo
	NI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>		
Fecha de diligenciamiento del informe del accidente	Firma		
DD MM AAAA			

**Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha correspondiente, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Sexo:** Marque con una X la casilla correspondiente, M= si el trabajador es masculino o F= si es femenino.

**Dirección:** Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Fax:** Escriba el número de fax del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, si lo tiene.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra la residencia del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, cabecera municipal - Urbana (U) y Resto -Rural (R).

**Ocupación habitual:** Hace referencia al oficio o labor que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador que sufrió el accidente,

**Código de Ocupación habitual:** Espacio para ser diligenciado por la administradora de riesgos laborales, según la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO - 88, hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Tiempo de Ocupación habitual al momento del accidente:** Hace referencia al tiempo en días y meses en que el trabajador, que sufrió el accidente de trabajo, ha desempeñado su oficio u ocupación habitual.

**Fecha de ingreso a la empresa:** Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

**Salario u honorarios:** Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los honorarios (mensuales) cuando se trate de trabajadores independientes, según el caso.

**Jornada de Trabajo habitual:** Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) Mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

### III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE.

**Fecha del accidente:** Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Hora del accidente:** Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos, (de 0 a 23 horas).

**Día del accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente al día de la semana en que ocurrió el accidente, así:

LU = Lunes  
MA = Martes  
MI = Miércoles  
JU = Jueves  
VI = Viernes  
SA = Sábado  
DO = Domingo

**Jornada en que sucede:** Marque con una X la casilla correspondiente, (1) normal si el trabajador al momento del accidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, o (2) extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

**Estaba realizando su labor habitual:** Marque con una X (1) SI ó (2) NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales deberá indicar el código correspondiente.

**Total tiempo laborado previo al accidente:** Colocar la totalidad de las horas y minutos laborados antes de ocurrido el accidente, en el orden establecido en el formato (horas, minutos).

**Tipo de accidente:** marque con una X la casilla correspondiente a las circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se consideran propios del trabajo aquellos ocurridos durante la ejecución de funciones asignadas u ordenadas del empleador y aquellas que no se encuentran en las demás categorías incluidas en este ítem.

**Causó la muerte al trabajador:** Marque con una X, (1) SI ó (2) NO, según corresponda.

**Departamento del accidente:** escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio del accidente:** Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde ocurrió el accidente de trabajo, ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto- Rural (R).

**Lugar donde ocurrió el accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente, si el accidente sufrido por el trabajador se produjo (1) dentro ó (2) fuera de la empresa. Posteriormente marque con una X en que lugar, de los listados en el formato, ocurrió el accidente. Si el sitio de ocurrencia no corresponde a ninguno de los expuesto en el formulario, marque con una X otros y especifique el sitio donde ocurrió. Si se trata de lugares fuera de la empresa pero coinciden con el tipo de lugar que se encuentra listado, se marcará igualmente la casilla correspondiente.

(1) **Almacenes o depósitos:** Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o depósito de materias primas, insumos, herramientas etc.

(2) **Áreas de producción:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrolla el proceso productivo de la empresa. Incluye talleres, instalaciones al aire libre, superficies de extracción, socavones, locales de aseo, andamios o grúas, laboratorios, cultivos, área de producción de servicios, patios de labor etc.

(3) **Áreas recreativas o deportivas:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrollan actividades recreativas o deportivas.

(4) **Corredores o pasillos:** Hace referencia a las áreas comunes dentro de la empresa en las que no se desarrolla el proceso productivo pero en las cuales circulan los trabajadores para su acceso, salida, o entre cada una de ellas.

(5) **Escaleras:** Hace referencia a escaleras fijas, aquellas que hacen parte de la estructura o construcción como área común. Se excluyen escaleras móviles.

(6) **Parqueaderos o áreas de circulación vehicular:** Hace referencia a las áreas en las cuales se realiza el parqueo o circulación vehicular de carros o mecanismos de transporte pertenecientes o no a la planta de personal, visitantes o aquellos relacionados con el proceso productivo o en general, cuando se trata de lugares fuera de la empresa,

(7) **Oficinas:** Hace referencia a las instalaciones donde funciona la parte administrativa de la empresa. Incluye despachos.

(8) **Otras Áreas comunes:** Hace referencia a las áreas en las cuales no se desarrolla el proceso pero que están dentro de la empresa. Incluye estructuras, comedores y cocinas, techos y baños. Excluye los pasillos o corredores, escaleras, áreas recreativas y parqueaderos o áreas de circulación vehicular.

(9) **Otro:** Marque con una X esta opción cuando el lugar en el que ocurrió el accidente no corresponda a ninguna de las opciones presentadas en el listado. Indicar el nombre del lugar en el espacio correspondiente.

**Tipo de Lesión:** Marque con una X cuál de las lesiones listadas en el formato presentó el trabajador. Si la lesión o daño aparente no corresponde a ninguno de los establecidos en el listado, marque con un X otro y escriba cual lesión sufrió el trabajador.

**Fractura:** Incluye las fracturas simples, las fracturas acompañadas de lesiones en partes blandas (fracturas abiertas), las fracturas acompañadas de lesiones en las articulaciones (con luxaciones etc.), las fracturas acompañadas de lesiones internas o nerviosas.

**Luxación:** Incluye las subluxaciones y los desplazamientos de articulaciones. Excluye las luxaciones con fractura, las cuales deberán indicarse en el ítem de fracturas.

**Torcedura, esguince, desgarró muscular, hernia o laceración de músculo o de tendón, sin herida:** Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias producidas por esfuerzos, roturas, rasgadas y laceraciones de tendones, de ligamentos y articulaciones, a menos que vayan asociadas a heridas abiertas, caso en el cual se indicará sólo en el ítem de herida.

**Conmoción o trauma interno:** Incluye las contusiones internas, las hemorragias internas, los desgarramientos internos, las roturas internas, a menos que vayan acompañadas de fracturas, las cuales deberán indicarse en el ítem correspondiente a fractura.