



Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.
NIT 860.022.137-5

FORMATO DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATISTA

Número solicitud

El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por personas o entidades ajenas.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	_____	CÓDIGO EPS	_____
ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	_____	CÓDIGO ARL	_____
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____ <small>Indicar nombre AFP si no es Seguro Social</small>	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	_____

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL	EMPLEADOR <input type="checkbox"/>	CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>
SEDE PRINCIPAL			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA	_____	CODIGO	_____
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	_____		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NI <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> N° _____		
DIRECCIÓN:	_____	TELÉFONO	_____ FAX _____
CORREO ELECTRONICO (E-MAIL):	_____		
DEPARTAMENTO:	_____	MUNICIPIO	_____ ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR	_____		
¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO _____
SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE EL 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 URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACIÓN	PLANTA <input type="checkbox"/>	MISIÓN <input type="checkbox"/>	COOPERADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	CÓDIGO _____
PRIMER APELLIDO	_____	SEGUNDO APELLIDO	_____			
PRIMER NOMBRE	_____	SEGUNDO NOMBRE	_____			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. <input type="checkbox"/> C.F. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> N° _____					
FECHA DE NACIMIENTO	DIA _____ MES _____ AÑO _____	SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN:	_____	TELÉFONO	_____	FAX	_____	
DEPARTAMENTO	_____	MUNICIPIO	_____	ZONA	URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>
CARGO:	_____	OCUPACIÓN HABITUAL	_____	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	_____	
TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:	DIA _____ MES _____					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	DIA _____ MES _____ AÑO _____	SALARIO U HONORARIO (MENSUAL):	_____			
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	DIURNA <input type="checkbox"/>	NOCTURNA <input type="checkbox"/>	MIXTO <input type="checkbox"/>	TURNOS	<input type="checkbox"/>	

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	DIA _____ MES _____ AÑO _____	HORA DEL ACCIDENTE (0 23 HRS)	_____			
DIA DE LA SEMANA EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	LU _____ MA _____ MI _____ JU _____ VI _____ SA _____ DO _____	JORNADA EN QUE SUCEDE	NORMAL <input type="checkbox"/>	EXTRA <input type="checkbox"/>		
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	CÓDIGO _____		
<small>Diligenciar solo en caso negativo</small>						
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	_____					
TIPO DE ACCIDENTE	VIOLENCIA <input type="checkbox"/>	DEPORTIVO <input type="checkbox"/>	PROPIOS DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			
	TRANSITO <input type="checkbox"/>	RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/>	¿CAUSO LA MUERTE AL TRABAJADOR?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	_____	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	_____	ZONA	URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>	FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>				
INDIQUE CUAL SITIO	ALMACENES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/>	CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/>	OFICINAS <input type="checkbox"/>			
	ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/>	ESCALERAS <input type="checkbox"/>	OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/>			
	ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/>	PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/>	OTRO (Especifique) _____			
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)						
FRACTURA <input type="checkbox"/>	TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye asguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/>	EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>				
LUXACIÓN <input type="checkbox"/>	GOLPE O CONTUSIÓN APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/>	EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/>				
TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/>	ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/>	LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/>				
CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/>	EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> (Especifique) _____				
AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del oído) <input type="checkbox"/>	ASFIXIA <input type="checkbox"/>					
HERIDA <input type="checkbox"/>						
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA						
CABEZA <input type="checkbox"/>	TRONCO (Incluye espalda columna vertebral, médula espinal, névris) <input type="checkbox"/>	MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/>	PIES <input type="checkbox"/>			
OJO <input type="checkbox"/>	TORÁX <input type="checkbox"/>	MANOS <input type="checkbox"/>	UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/>			
CUERPO <input type="checkbox"/>	ABDOMEN <input type="checkbox"/>	MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/>	LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>			
AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR)						
MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/>	HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/>	AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles tejados, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/>				
MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/>	OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>				
APARATOS <input type="checkbox"/>	RADIACIONES <input type="checkbox"/>	ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/>				
		AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/>				
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE						
CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/>	SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/>	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/>				
CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/>	EXPOSICIÓN O CONTAMINACIÓN CON TEMPERATURA EXTERNA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> (Especifique) _____				
ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/>	EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>					

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE, DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINO O CAUSO Y DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE ¿Hubo personas que presenciaron el accidente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	_____		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante Delegado)	
N°	_____	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	_____		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____	
N°	_____	N° _____	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	_____		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	CARGO _____	
N°	_____	FIRMA _____	
FECHA DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME			
Día _____ Mes _____ Año _____			

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Para el diligenciamiento del informe de accidente de trabajo, por el empleador o contratante, se seguirá el siguiente instructivo: Responda cada una de las preguntas indicadas, con letra impresa clara o a máquina de escribir.

NOTA: No llene los espacios sombreados, estos únicamente deben ser diligenciados por la entidad Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

EPS a la que está afiliado: Hace referencia a la entidad promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el trabajador que sufrió el accidente laboral. Código EPS: Anote el código por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de Salud correspondiente. ARL a la que está afiliado: Hace, referencia a la entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentra afiliado el empleador o trabajador independiente, según el caso, al momento de ocurrencia del accidente de trabajo que se reporta. Código ARL: Anote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la Administradora de Riesgos Laborales correspondiente. AFP a la que está afiliado: Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no del Seguro Social. En caso negativo, mencione a la Administradora de fondo de pensiones a la que se encuentra afiliado e trabajador que sufrió el accidente de trabajo. Código AFP o Seguro Social: Anote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la Administradora de Riesgos Laborales correspondiente.

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA: Identificación del empleador, contratante o cooperativa: Se refiere a los datos de identificación del empleador, contratante o cooperativa, según el caso. Se entiende empleador aquel que tiene como trabajador una persona dependiente, contratante aquel que contrata con un trabajador independiente y cooperativa aquella entidad que puede actuar como empleador o contratante pero para efectos de la presente resolución, se marcará X en la casilla empleador o contratante según lo definido en el presente instructivo. Sede principal: Corresponde a los datos del empleador o contratante. En los casos de empresas temporales corresponde a los datos de dicha entidad. Cuando se trate de trabajadores independientes, esta casilla debe ser diligenciada con los datos del contratante. Nombre de la actividad económica: Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigentes para el Sistema General de Riesgos Laborales. Código: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales, se deberá anotar el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigentes. Nombre o Razón social: Especifique el nombre o la razón social del empleador o contratante, tal como se encuentra inscrita en la Cámara de Comercio o ente habilitador para tal fin. Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y anote en el espacio N°, el número correspondiente al tipo de documento que identifica el empleador o contratante. Se entiende NI: Nit, C.C: Cédula de Ciudadanía, C.E: Cédula de extranjería, UN: Nup o número único de identificación personal, PA: Pasaporte. Dirección: Escriba la dirección de la sede principal del empleador o contratante. Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede principal del empleador o contratante. Fax: Escriba el número de fax de la sede principal del empleador o contratante. Correo Electrónico (E-mail): Anote el correo electrónico del representante del empleador o contratante de su delegado. Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratista. En el espacio sombreado la Administradora de riesgos laborales anotara el código correspondiente a ese departamento según la 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 sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la Administradora de riesgos laborales anotara 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 ubicada la sede principal del empleador o contratante ya sea cabecera municipal-urbana (U) y resto-rural (R). Centro de trabajo donde labora el trabajador: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio de código la Administradora de riesgos laborales anotara el número de código así: 1. Si el centro de trabajo es único o corresponde a la misma sede principal. 2. Al primer centro de trabajo establecido en la afiliación, diferente al anterior, 3. Al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso. Indicar en la casilla correspondiente si o no los datos del centro de trabajo corresponden a la sede principal. En caso negativo se deberá diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda. Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: Actividad económica a que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión, la cual debe ser relacionada con la tabla de actividades económicas vigentes para el Sistema General de Riesgos Laborales. Código de la actividad económica del centro de trabajo: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos laborales. Dirección: Escriba la dirección de la sede donde se encuentra ubicado el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador. Fax: Escriba el número de fax de la o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador. Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado la Administradora de riesgos laborales anotara el código correspondiente a ese departamento según la 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 sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado la Administradora de riesgos laborales anotara 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 ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador ya sea cabecera municipal-urbana (U) y resto-rural (R).

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO: Tipo de vinculación: marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: Planta, en misión, cooperado, estudiante o aprendiz, independiente. Cuando se trate de trabajador independiente, se deberá anotar el código correspondiente a la actividad económica que desarrolla y debe ser diligenciado por la entidad administradora de riesgos laborales en el espacio sombreado. Se entenderá como trabajador de planta aquel que tiene vinculación directa con la empresa y como trabajador en misión aquel que es suministrado por una empresa temporal. Se entenderá como trabajador independiente, el que labora por cuenta propia, esto es, sin vínculo laboral. Se deberán tomar en cuenta los términos establecidos en el Decreto 2800 de 2003. Se entenderá como cooperado aquel que se encuentra asociado a una cooperativa de trabajo asociado. Apellidos y Nombres completos: Especifique los apellidos y nombres del trabajador que sufrió el accidente de trabajo en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre. Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador que sufrió el accidente de trabajo y anote en el espacio N°, el número correspondiente al tipo de documento que identifica el empleador o contratante. Se entiende C.C: Cédula de Ciudadanía, C.E: Cédula de extranjería, UN: Nup o número único de identificación personal, TI: Tarjeta de Identidad, PA: Pasaporte. Fecha de nacimiento: Escriba la fecha correspondiente, en el orden 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 el trabajador es femenino. Dirección: Escriba la dirección de 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 anotara el código correspondiente a ese departamento según la 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 anotara 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 ubicada la residencia del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, ya sea cabecera municipal-urbana (U) y resto-rural (R). Ocupación habitual: Hace referencia al oficio o profesión que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador que sufrió el accidente de trabajo. Código de ocupación habitual: Espacio para ser diligenciado por la administradora de riesgos laborales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupación 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 le 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 horarios: 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, diurno, nocturno, mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

III. INFORMACIÓN 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 la que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minuto (de0 a 23horas). 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 y DO: Domingo. Jornada en que sucede: Marque con una X la casilla correspondiente, normal si el trabajador al momento del accidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario. Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X si o 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 cual 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 órdenes del empleador y aquellas que no se encuentran en las demás categorías incluidos en este ítem. Causo la muerte del trabajador: Marque con una X, si o no según corresponda. Departamento del accidente: Escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la Administradora de riesgos laborales anotara el código correspondiente a ese departamento según la 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 anotara 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 ocurrió el accidente 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 sufrió por el trabajador se produjo dentro o 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 expuestos en el formulario, marque con una X otro 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. Almacenes o depósitos: Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o depósito de materias primas, insumos, herramientas, etc. 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, áreas de producción de servicios, patios de labor, etc. Áreas recreativas o deportivas: Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrollan actividades recreativas o deportivas. 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. Escaleras: Hace referencia a las escaleras fijas, aquellas que hacen parte de la estructura o construcción como área común, se excluyen escaleras móviles. 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 perteneciente o no a la planta de personal, visitantes o aquellos relacionados con el proceso productivo o en general, cuando se trate de lugares fuera de la empresa. Oficinas: Hace referencia a las instalaciones donde funciona la parte administrativa de la empresa. Incluye despachos. 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 concinas, techos y baños. Excluye pasillos o corredores, escaleras. Áreas recreativas y parqueaderos o áreas de circulación vehicular. 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 una X otro y escriba cuál lesión sufrió el trabajador. Fractura: Incluye las fracturas simples, las fracturas acompañadas de lesiones en partes blandas (fractura abierta), 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 deben indicarse en el ítem de fractura. Torcedura, esguince, desgarró muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida: Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias producidas por esfuerzos, roturas, rasgaduras y laceraciones de tendones, de ligamentos y articulaciones, a menos que vayan asociadas a heridas abiertas, caso en el cual se indicara solo 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 fractura , las cuales deberán indicarse en el ítem correspondiente a fractura. Amputación o enucleación: Hace referencia a cualquiera de las dos condiciones listadas en el ítem, sea por amputación= desprendimiento de alguna parte del cuerpo, EJ: miembros superiores, inferiores o alguna parte de los mismos, a cualquier nivel o por enucleación = exclusión o pérdida traumática del ojo, incluye avulsión traumática del ojo. Herida: Incluye desgarramientos, cortaduras, heridas contusas, heridas de cuero cabelludo, así como avulsión de uña u oreja, o heridas acompañadas de lesiones de nervios, así como también mordeduras sin consecuencias en órganos internos o generalizadas como envenenamiento evidente, pero que no sean superficiales. Incluye amputaciones traumáticas, enucleación, pérdida traumática del ojo, fracturas abiertas, quemaduras con herida, heridas superficiales, pinchazos o punciones (por animales o por objetos). Trauma superficial: Incluye heridas superficiales, escoriaciones, rasguños, ampollas, picaduras de insectos no venenosos, punciones o pinchazos por objetos, con o sin salida de sangre, cualquier lesión superficial, laceración o herida en el ojo o párpados por inclusión de alguna, partícula o elemento. Excluye enucleación y heridas profundas o severas en el ojo. Golpe o contusión o aplastamiento: Incluye hematomas (colección de sangre en articulaciones), hematomas (colección de sangre en tejidos blandos), machacaduras, las contusiones o aplastamientos con heridas superficiales. Excluye conmociones, contusiones y aplastamientos por fracturas, contusiones y aplastamientos con heridas. Quemaduras: Incluye las quemaduras por objetos calientes, por fuego, por líquido hirviendo, por fricción, por radiaciones (infrarrojas), por sustancias químicas (quemadura externa solamente) y quemaduras con heridas. Excluye quemaduras causadas por la absorción de una sustancia corrosiva o cáustica, las quemaduras causadas por el sol, los efectos del rayo, las quemaduras causadas por la corriente eléctrica, y los efectos de las radiaciones diferentes a quemaduras. Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia: Incluye los efectos agudos de la inyección, ingestión, absorción o inhalación de sustancias tóxicas, corrosivas o cáusticas así como efectos de picaduras o mordeduras de animales venenosos, asfixia por oxido de carbono u otros gases tóxicos. Excluye las quemaduras externas por sustancias químicas y picaduras o mordeduras que solo ocasionan punción o herida. Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente: Incluye efectos del frío (heladura), efectos del calor y la insolación (quemaduras por el sol, acaloramiento, insolación), baro traumatismo o efectos de la altitud o de la descompresión, efectos del rayo, traumatismos sonoros o pérdida o disminución del oído, que no sea consecuencia de otra lesión. Asfixia: Incluye ahogamiento por sumersión o inmersión, asfixia o sofocación por compresión, por derrumbe o por estrangulación; comprende igualmente asfixia por supresión o reducción del oxígeno de la atmosfera ambiental y asfixia por penetración de cuerpos extraños en las vías respiratorias. Excluye asfixia por oxido de carbono u otros gases tóxicos. Efecto de la electricidad: Incluye la electrocución, el choque eléctrico y las quemaduras causadas por la corriente eléctrica. Excluye las quemaduras causadas por las partes calientes de un aparato eléctrico y los efectos del rayo (las cuales deben ser incluidas como quemaduras). Efecto nocivo de la radiación: Incluye los efectos causados por rayos X, sustancias radioactivas, rayos ultravioleta, radiaciones ionizantes. Incluye las quemaduras debidas a radiaciones y las causas por el sol. Lesiones múltiples: Este grupo solo debe ser utilizado para clasificar los casos en los cuales la víctima, habiendo sufrido varias lesiones de tipo de lesión diferente, ninguna de estas lesiones se ha manifestado más grave que las demás. Cuando en un accidente que ha provocado lesiones múltiples de tipo de lesión diferente, una de ellas es más grave que las demás, este accidente debe clasificarse en el grupo correspondiente al respectivo tipo de lesión que cause mayor gravedad. Otro: Marque X en esta casilla cuando la lesión no corresponda a ninguna de las listadas en el formato.

Parte del cuerpo aparentemente afectada: Marque con una X la parte del cuerpo aparentemente afectada por el accidente. Si existe más de una parte afectada solo se debe marcar la casilla que corresponda a la lesión que se manifiesta como más grave que las demás, si ninguna de ellas tiene esta característica debe marcar la casilla correspondiente a lesiones múltiples. Si la parte afectada no corresponde a ninguna de las establecidas en el formato, marque con una X en lesiones generales u otras, así como también se marcará esta casilla cuando se presenten repercusiones orgánicas de carácter general sin lesiones aparentes (ej. Envenenamiento), excepto cuando repercusiones orgánicas son la consecuencia de una lesión localizada (ej. Fractura de columna vertebral con lesiones en medula espinal en la cual se debe marcar tronco o cuello según el sitio de la lesión). Cabeza: Incluye región craneana, oreja, boca (labios, diente, lengua), nariz ubicaciones múltiples en la cabeza y cara. Excluye ojo. Ojo: Incluye uno o ambos ojos, la órbita y el nervio óptico. Cuello: Incluye garganta y vértebras cervicales. Tronco: Incluye espalda (columna vertebral y músculos adyacentes, medula espinal), ubicaciones múltiples y ubicaciones cercanas a las mencionadas y pelvis. Se excluye tórax y abdomen. Tórax: Incluye costillas, esternón, órganos internos del tórax. Abdomen: Incluye órganos internos. Miembros Superiores: Incluye hombros, clavícula, omoplato, brazo, codo, antebrazo, muñeca, ubicaciones múltiples o no precisadas en ellos. Excluye manos y dedos. Manos: Incluye dedos, excluye muñeca o puño. Miembros Inferiores: Incluye cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, ubicaciones múltiples y no precisadas. Pies: Incluye dedos. Ubicaciones Múltiples: Esta casilla solo se marca cuando existen lesiones en diferentes partes del cuerpo pero ninguna de ellas se supera en gravedad. Lesiones Generales u Otras: Incluye aparato circulatorio en general, aparato respiratorio en general, aparato digestivo en general, sistema nervioso en general, otras lesiones generales y lesiones generales no precisadas. Agente del Accidente: Marque con una X el elemento con el que directamente se lesiono el trabajador en el momento del accidente. Si el elemento no corresponde a ninguno de los establecidos en el formato, arque con una X otro y escriba cual fue el elemento con el que directamente se lesionó. Máquinas y/o Equipos: Incluye generadores de energía con excepción de motores eléctricos, sistema de transmisión (tales como correas, cables, poleas, cadenas, engranajes, árboles de transmisión), máquinas para el trabajo del metal (tales como prensas mecánicas, torno, fresadora, rectificadoras, muelas, cizallas, forjadoras, laminadoras), máquinas para trabajar la madera y otros materiales similares (tales como sierras, máquinas de moldurar, cepilladoras), máquinas agrícolas (tales como segadoras, trilladoras), máquinas para trabajo en las minas, máquinas para desmontes, excepto si corresponde a medios de transporte, máquinas de industria textil, máquina para manufactura de productos alimenticios y bebidas, máquinas para fabricación de papel, etc. Medios de transporte: Incluye aparatos de iar (Grúas, ascensores, montacargas, cabrestantes, poleas), medios de transporte rodante, medios de transporte con o sin motor, por vía férrea, rodantes, aérea, acuática, etc. Equipos de transporte por vía animal, carretillas y medios de transporte por cables. Aparatos: Incluye recipientes de presión (tales como calderas, carterías, cilindros de gas, equipo de buzo), homos, fogones, estufas, plantas, refrigeradores, instalaciones eléctricas incluidos los motores eléctricos, escaleras móviles, rampas móviles, andamios, herramientas eléctricas manuales. Herramientas, Implementos o Utensilios: Incluye herramientas manuales accionadas o no mecánicamente, canecas, elementos de escritorio, etc. Se excluyen herramientas eléctricas manuales, que se incluye en el ítem aparatos. Materiales o Sustancias: Incluye explosivos, polvos, gases, líquidos y productos químicos, fragmentos volantes y otro tipo de materiales y sustancias, excepto radiaciones. Radiaciones: Incluye todo tipo de radiaciones ionizantes y no ionizantes. Ambiente de Trabajo: Incluye en el exterior (condiciones climáticas, superficies de tránsito y trabajo, agua), en el interior (pisos, escaleras fijas o de la estructura, rampas de estructura, espacios exiguos, otras superficies de tránsito y de trabajo, aberturas en el suelo y paredes, factores que crean el ambiente (tales como alumbrado, ventilación, temperatura, ruido), subterráneos (tales como trabajos y revestimientos de galerías, de túneles, frentes de minas, fuego, agua). Se excluyen escaleras móviles, rampas móviles y andamios, que se incluyen en el ítem de aparatos o elementos de escritorio que se deben incluir en herramientas o utensilios. Otros agentes no clasificados: Marque X en esta casilla cuando no corresponda a los elementos establecidos en el listado del formato. Animales: Incluye animales vivos y productos de animales. Agentes no clasificados por falta de datos: Solo marque esta casilla cuando no se conozca o no haya sido suministrada la información sobre el agente del accidente ni por el trabajador o personas que presenciaron el accidente. Mecanismos o forma del accidente: Marque X en la casilla que corresponda al tipo de mecanismo o forma en la cual sucedió el accidente. Si no se encuentra en el listado, marque X en otro y especifique el mecanismo o forma ocurrida. Si se encuentran diferentes mecanismos ocurridos en forma simultánea, solo marque aquel que se considera como principal o de mayor prioridad. Caida de Personas: Incluye caída de personas con desnivelación (caída desde alturas) y en profundidades (tales como pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo) y caída de personas que ocurren al mismo nivel. Caída de objetos: Incluye derrumbes, desplomes (tales como edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de mercancías), caída de objetos en curso de manutención manual, etc. Pisadas, choques o golpes: Incluye pisadas sobre objetos, choques contra objetos móviles o inmóviles y golpes por objetos móviles (comprendidos fragmentos volantes y partículas). Excluye golpes por objetos que caen. Atrapamientos: Incluye atrapada por un objeto, atrapada entre un objeto inmóvil y un objeto móvil, atrapada entre dos objetos móviles. Excluye atrapamiento por objetos que caen. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento: Incluye esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos, empujar objetos o tirar de ellos, al manejar o lanzar objetos y falsos movimientos. Exposición o contacto con temperatura extrema: Incluye exposición al calor de la atmosfera o ambiente de trabajo, exposición al frío de la atmosfera o ambiente de trabajo, contacto con sustancias u objetos ardientes y contacto con sustancias u objetos muy fríos. Exposición o contacto con la electricidad: Se refiere a cualquier tipo de exposición con la electricidad. Exposición o contacto son sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras: Incluye contacto por inhalación, ingestión o por absorción con sustancias nocivas, exposición a radiaciones ionizantes u otras radiaciones, incluye también contacto con sustancias nocivas cuando sea en la forma de salpicadura. Otro: Marque X en esta casilla cuando no corresponda a los mecanismos que se encuentran en el listado.

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

Descripción del accidente: En este espacio describa en forma breve el hecho que origino el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante. Personas que presenciaron el accidente: Marque X en la casilla correspondiente, si o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo, escriba los apellidos y nombres de las personas que presenciaron el accidente, su tipo y número de documento de identidad y el cargo que desempeña en la empresa. Persona responsable del informe: Escriba los apellidos y nombres de la personas responsable de diligenciar el informe, sea este el representante o delegado y el cargo en la empresa, con su respectiva firma.

Fecha de diligenciamiento del informe de accidente: Escriba la fecha en la cual está informando el accidente sucedido al trabajador, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año)