



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 algunas.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO EPS		
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL	CÓDIGO ARL		
	Indicar nombre AFP si no es Seguro Social	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"/>	SEDE PRINCIPAL <input type="checkbox"/>	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA				CÓDIGO <input type="checkbox"/>
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NI <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Nº _____		
DIRECCIÓN:	TELÉFONO _____			FAX _____
CORREO ELECTRONICO (E-MAIL):				ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO: _____	MUNICIPIO _____	ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	CÓDIGO <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"/>		
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 ACCIDENTÓ				
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 <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Nº _____			
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN: _____	TELÉFONO _____	FAX _____		
DEPARTAMENTO _____	MUNICIPIO _____	ZONA: URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>		
CARGO: _____	OCCUPACIÓN HABITUAL _____	CÓDIGO OCCUPACIÓN HABITUAL <input type="checkbox"/>		
TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____	CORREO ELECTRONICO _____			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	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 <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>	HORA DEL ACCIDENTE (0 23 HRS)		
DIA DE LA SEMANA EN LA QUE OCURRIO EL ACCIDENTE	LU M <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/>	JORNADA EN QUE SUCDE	NORMAL <input type="checkbox"/>	EXTRA <input type="checkbox"/>
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	CÓDIGO <input type="checkbox"/>	
Diligenciar solo en caso negativo				
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE				
TIPO DE ACCIDENTE	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> TRANSITO <input type="checkbox"/>	DEPORTIVO <input type="checkbox"/> RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/>	PROPIOS DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	¿CAUSO LA MUERTE AL TRABAJADOR?
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"/> ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/>	CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/>	OFICINAS <input type="checkbox"/> OTRAS ÁREAS COMUNES <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)	EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>	
LUXACIÓN	<input type="checkbox"/>	GOLPE O CONTUSIÓN APLASTAMIENTO	EFECTO NOCIVO DE LA RADIAZIÓN <input type="checkbox"/>	
TORCEDURA, ESQUINCE, DESGARRO MUSICAL, HERMIA O LACERACION DE MÚSCULO O TENDON SIN HERIDA	<input type="checkbox"/>	ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA	LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/>	
CONMOCION O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/>	EFFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE	OTRO <input type="checkbox"/>	(Especifique) _____
AMPUTACION O ENUCLACIÓN (Exclusión o perdida del ojo)	<input type="checkbox"/>	ASFIXIA		
HERIDA	<input type="checkbox"/>			
PARTES DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA				
CABEZA <input type="checkbox"/>	TRONCO (Incluye espalda columna vertebral, medula espinal, pelvis)	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"/>	
CUELLO <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 LESIONÓ EL TRABAJADOR)				
MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/>	HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de transito y de trabajo, muebles tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	
MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>	
APARATOS <input type="checkbox"/>	RADIACIONES <input type="checkbox"/>	<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 ORIGINÓ O CAUSÓ Y DEMAS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE				
<p>_____</p>				
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:		
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante Delegado)				
APELIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____		CÓDIGO <input type="checkbox"/>		
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"/>				
Nº _____ CARGO _____				
APELIDOS Y NOMBRES COMPLETOS _____		CÓDIGO <input type="checkbox"/>		
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"/>				
Nº _____ CARGO _____				
FIRMA _____		FECHA DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME		
		DÍA Mes Año		

