

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
AFF A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____		CÓDIGO AFF O SEGURO SOCIAL
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA				
TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>				
SEDE PRINCIPAL				
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA			CÓDIGO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NÚMERO
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX
CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR				CÓDIGO
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ				
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CÓDIGO (5) _____				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NÚMERO
DIRECCIÓN		FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	CARGO
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE D D M M	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE				
FECHA DEL ACCIDENTE D D M M A A A A		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) H H M M		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO
JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)		CÓDIGO
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE H H M M		TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>		
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>				

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 CUALES)

(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 AFLASTAMIENTO

(60) QUEMADURA

(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA

(80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE

(81) ASFDIA

(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD

(83) EFECTO NOCTIVO 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, pélvis)

(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) FISADAS, CHOQUES O GOLPES

(4) ATRAPAMIENTOS

(5) SOBREESFUERZO, 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 NOCTIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS

(9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué, cómo, 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 CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
CARGO	No.
APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
CARGO	No.

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APellidos y nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
CARGO	No.
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO