



FORMATO DE INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
SUCURSAL	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		TIPO ID	No. DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRES			APELLIDOS		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CARGO	EPS	TIPO DE COTIZANTE	ARP
DIAGNÓSTICO					

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR		
TIPO ID	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN		TELÉFONO
		JEFE INMEDIATO

POR FAVOR RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON "X" SI O NO SEGÚN CORRESPONDA		SI	NO
¿El accidente ocurrió en el sitio de trabajo?			
¿Cuándo ocurrió el accidente usted se encontraba cumpliendo funciones relacionadas con su trabajo?			
¿Cuándo usted se accidentó se encontraba usted en actividades recreativas o deportivas permitidas por la directiva de la empresa?			
¿Cuándo usted se accidentó cumplía órdenes de su Jefe?			
¿Se encontraba conduciendo un vehículo propiedad de la empresa?			
¿Viajaba en transporte pagado por la empresa?			
OBSERVACIONES:			

INFORME DEL ACCIDENTE	
FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE
RELATO BREVE DEL ACCIDENTE	
_____ _____ _____ _____	
Me comprometo a traer el reporte de accidente de trabajo (ARP) el día _____	
_____ _____	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SALUD TOTAL QUE SOLICITÓ EL DILIGENCIAMIENTO	FIRMA Y DOCUMENTO DEL USUARIO