

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			CÓDIGO AFF O SEGURO SOCIAL
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL _____					
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		NÚMERO	
		NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>			
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		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				DD MM AA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	CARGO
				U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
				DD MM	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
DD MM AA				(1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE					
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
DD MM AA		HH MM		LU MA MI JU VI SA DO	
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CÓDIGO	
(1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)			
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		TIPO DE ACCIDENTE			
HH MM		(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?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>					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)		TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)	
<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS		<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA	
<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN		<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN	
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS		<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA	
<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS		<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	
<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS		<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	
<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR		<input type="checkbox"/> (41) HERIDA	
<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS		<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	
<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES		<input type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	
<input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)		<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA	
		<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA	
		<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE	
		<input type="checkbox"/> (81) ASFDIA	
		<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	
		<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCTIVO DE LA RADIACIÓN	
		<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES	
		<input type="checkbox"/> (99) OTRO. (Especifique)	

PARTE DEL CUERPO AFARENTEMENTE AFECTADO:	AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA	<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS
<input type="checkbox"/> (1.12) OJO	<input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS
<input type="checkbox"/> (2) CUELLO	<input type="checkbox"/> (3) APARATOS	<input type="checkbox"/> (3) FISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pánvix)	<input type="checkbox"/> (3.86) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/> (3.82) TÓRAX	<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> (5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/> (3.83) ABDOMEN	<input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES	<input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> (4.46) MANOS	<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCTIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	<input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)
<input type="checkbox"/> (5.56) PIES	<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	
<input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES		
<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS		

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, cómo y por qué)	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
	CARGO
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
	CARGO
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.
	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
	CARGO
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA
	No.
	FIRMA
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
	DD MM AAAA

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO