



Universidad
del Atlántico

CÓDIGO: FOR-TH-041

VERSIÓN: 0

FECHA: 17/06/2019

REPORTE DE INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL

TIPO DE REPORTE

ACCIDENTE () INCIDENTE ()

FECHA DEL REPORTE:

HORA DEL REPORTE:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA

APELLIDOS:	NOMBRES:
TIPO DE DOCUMENTO:	N° DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
SEXO:	EPS:
ARL:	FONDO DE PENSIONES:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	CIUDAD DE RESIDENCIA:
TELÉFONO FIJO: CEL:	ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:
SALARIO BASE DE COTIZACIÓN:	TIPO DE VINCULACIÓN:
DEPENDENCIA:	CARGO:

INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DEL SUCESO OCURRIDO:	DÍA QUE SE PRESENTO EL SUCESO:
HORA QUE SE PRESENTO EL SUCESO:	LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL INCIDENTE O ACCIDENTE:
HORA QUE INICIA LA JORNADA LABORAL ESE DÍA:	LUGAR EXACTO EN DONDE SE PRESENTO EL SUCEDIO:
SEDE:	

VERSIÓN DE LOS HECHOS

TESTIMONIO DE LA PERSONA INVOLUCRADA:

A CONTINUACIÓN ELIJA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

TIPO DE LESIÓN:

- FRACTURA
- LUXACIÓN
- TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (EXCLUSIÓN O PÉRDIDA DEL OJO)
- HERIDA
- TRAUMA SUPERFICIAL (INCLUYE RASGUÑO, PUNCIÓN O PINCHAZO Y LESIÓN EN OJO POR CUERPO EXTRAÑO)
- GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- QUEMADURA
- ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- ASFIXIA
- EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- LESIONES MÚLTIPLES
- OTRO. (ESPECIFIQUE)

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:

- CABEZA
- OJO
- CUELLO
- TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
- TÓRAX
- ABDOMEN
- MIEMBROS SUPERIORES
- MANOS
- MIEMBROS INFERIORES
- PIES
- UBICACIONES MÚLTIPLES
- LESIONES GENERALES U OTRAS

SITIO:

- ALMACENES O DEPÓSITOS
- ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
- CORREDORES O PASILLOS
- ESCALERAS
- PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- OFICINAS
- OTRAS ÁREAS COMUNES
- OTRO. (Especifique)

AGENTE DEL ACCIDENTE:

- MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- MEDIOS DE TRANSPORTE
- APARATOS
- HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- MATERIALES O SUSTANCIAS
- RADIACIONES
- AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- ANIMALES (Vivos o productos animales)
- AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS



REPORTE DE INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL

MECANISMO O FORMA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE:

- CAÍDA DE PERSONAS
- CAÍDA DE OBJETOS
- PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- ATRAPAMIENTOS
- SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
- EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
- EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
- EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
- OTRO. (Especifique)

TESTIMONIO DE TESTIGOS QUE PRESENCIARON LO SUCEDIDO (SI LOS HAY):

NOMBRE

CC: CEL:

TESTIMONIO:

NOMBRE

CC: CEL:

TESTIMONIO:

SUGERENCIAS / COMENTARIOS:

FIRMA DE LA PERSONA QUE REPORTA: _____