|  |
| --- |
| **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 | | |
| **MECANISMO O FORMA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE:**   * CAÍDA DE PERSONAS * CAÍDA DE OBJETOS * PISADAS, CHOQUES O GOLPES * ATRAPAMIENTOS * SOBREESFUERZO, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**