|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**