



EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS		ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL SI ☐ NO ☐ CUÁL _____ (indicar Nombre AFP si no es el Seguro Social)				CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐		SEDE PRINCIPAL NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA				CÓDIGO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ SC ☐ CD ☐ PE ☐ PT ☐ No. _____					
DIRECCIÓN		TELÉFONO				FAX	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)							
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR						ZONA U ☐ R ☐	
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMO DE LA SEDE PRINCIPAL? SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO		SI ☐ NO ☐					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO						CÓDIGO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO				FAX	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
						ZONA U ☐ R ☐	
TIPO DE VINCULACIÓN (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐						(5) CÓDIGO ☐	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ SC ☐ CD ☐ PE ☐ PT ☐ No. _____		FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A		SEXO M ☐ F ☐			
DIRECCIÓN		TELÉFONO				FAX	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
						ZONA U ☐ R ☐	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO		TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE D D M M			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐			
MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		ACCIDENTE POR CAÍDA EN ALTURAS SI ☐ NO ☐					
FECHA DEL ACCIDENTE D D M M A A A A		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) H H M M		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO		JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐	
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? (1) SI ☐ (2) NO ☐		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO? CUÁL _____		CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE H H M M	
TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (4) PROPIOS DEL TRABAJO ☐							
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI ☐ (2) NO ☐		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE			
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U ☐ R ☐		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐					
INDIQUE CUÁL SITIO: ☐ (1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (7) OFICINAS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (5) ESCALERAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (9) OTRO, ESPECIFICAR _____							
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES) ☐ (10) FRACTURA ☐ (41) HERIDA ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE ☐ (20) LUXACIÓN ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐ (81) ASFIXIA ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA ☐ (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ (60) QUEMADURA ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo) ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (99) OTRO, ESPECIFIQUE: _____							
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: ☐ (1) CABEZA ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐ (3.32) TORAX ☐ (4.45) MANOS ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (1.12) OJO ☐ (3.33) ABDOMEN ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS ☐ (2) CUELLO ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (5.56) PIES							
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR* ☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS ☐ (3) APARATOS ☐ (44) RADIACIONES							
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE: ☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (9) OTRO, ESPECIFICAR _____							
DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE. _____ _____ _____							
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE Hubo personas que presenciaron el accidente? SI ☐ NO ☐ en caso afirmativo diligenciar la siguiente información:							
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ SC ☐ CD ☐ PE ☐ PT ☐ No. _____		CARGO			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ SC ☐ CD ☐ PE ☐ PT ☐ No. _____		CARGO			
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado) APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS							
CARGO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A		FIRMA			