



Informe de Accidente de Trabajo del Empleador o Contratante



El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL (Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
TIPO DE VINCULACIÓN 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 NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		NO.		DIRECCIÓN	
TELÉFONO		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLO EN CASO NEGATIVO, DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO					CÓDIGO
DIRECCIÓN			TELÉFONO	CELULAR	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	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"/>		(5) CÓDIGO	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		NO.		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		CELULAR	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A				(1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M		LU MA MI JU VI SA DO	
¿ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO ¿CUÁL? _____		CÓDIGO	
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
TIPO DE ACCIDENTE (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? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO	MUNICIPIO DE ACCIDENTE
¿ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		¿LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>			
INDIQUE CUÁL SITIO:					
<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS		<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS		<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS	
<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN		<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS		<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES	
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS		<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR		<input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____	
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)					
<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA		<input type="checkbox"/> (41) HERIDA		<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE	
<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN		<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)		<input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA	
<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA		<input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO		<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	
<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO		<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA		<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN	
<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo)		<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA		<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES	
				<input type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE: _____	
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:					
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA		<input type="checkbox"/> (3.2) TORAX		<input type="checkbox"/> (4.6) MANOS	
<input type="checkbox"/> (1.12) OJO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)		<input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN		<input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES	
<input type="checkbox"/> (2) CUELLO		<input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES		<input type="checkbox"/> (5.56) PIES	
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR*					
<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS		<input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS		<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"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE		<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS		<input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (vivos o productos animales)	
<input type="checkbox"/> (3) APARATOS		<input type="checkbox"/> (44) RADIACIONES		<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	
<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS					
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:					
<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS		<input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS		<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD	
<input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS		<input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO		<input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	
<input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES		<input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA		<input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____	
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE					
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		NO.	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		NO.	
CARGO		CARGO		CARGO	
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		NO.	
CARGO		CARGO		CARGO	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA	
		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A			

- ORIGINAL: I.P.S. - E.P.S. -

FORMA ARL015GP - SEPTIEMBRE - 2019

TELÉFONO: 01 800 90 90 90

