

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

{fiduprevisora}

No.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO MAGISTERIO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO MAGISTERIO		CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL			CÓDIGO APP O SEGURO SOCIAL
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA					
TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR <input checked="" 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 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE MEDELLÍN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NÚMERO 890.905.211-1	
DIRECCIÓN Cr. 52 No. 44B-17 Edificio Carré Plaza Cisneros		TELEFONO 514 82 00		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO comunicaciones.educacion@medellin.gov.co		DEPARTAMENTO Ant.		MUNICIPIO Med.	
		ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		CÓDIGO	
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE			
DIRECCIÓN Calle 102 N.74A47		TELEFONO 4783320		FAX	
DEPARTAMENTO Ant.		MUNICIPIO Medellin		ZONA U <input checked="" 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"/> CÓDIGO (5)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NÚMERO	
FECHA DE NACIMIENTO D D M M		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE 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 <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE					
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 EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO	
JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? <input type="checkbox"/>		CÓDIGO <input type="checkbox"/>	
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE H H M M		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		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>			
INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)			TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)		
<input type="checkbox"/> (1) AULAS DE CLASE <input type="checkbox"/> (2) TRANSPORTE ESCOLAR <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS INDUSTRIALES O DE FORMACIÓN TÉCNICA <input type="checkbox"/> (4) CORRIDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICUL/ <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) ÁREAS DEPORTIVAS RECREATIVAS O DE ALIMENTACIÓN <input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)			<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (99) OTRO. (Especifique)		
PORTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)		MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.46) MANOS <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS		<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES <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"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)	
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)			EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (Área con líneas para texto)			APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.
			APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (Área con líneas para texto)			APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.
			FIRMA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A

Fiduprevisora S.A.