

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE - FURAT

No. _____



EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL SI ☐ NO ☐ CUÁL		CÓDIGO APP O SEGURO SOCIAL
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA				
TIPO DE VINCULADOR 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		NÚMERO
DIRECCIÓN		NI ☐ CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ PA ☐		
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO		FAX
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U ☐ R ☐
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR				
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☐ SÓLO 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 TRABAJO		
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U ☐ R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ				
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ CÓDIGO (5)				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO
CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA ☐				SEXO M ☐ F ☐
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U ☐ R ☐
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE D D M M
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
D D M M A A A A				(1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE				
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
D D M M A A A A		H H M M		LU MA MI JU VI SA DO
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CÓDIGO
(1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐		(1) SI ☐ (2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)		
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		TIPO DE ACCIDENTE		
H H M M		(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐		
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE
(1) SI ☐ (2) NO ☐				ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U ☐ R ☐
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☒ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐				

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)		TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)	
☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (5) ESCALERAS ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (7) OFICINAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (9) OTRO. (Especifique)		☐ (10) FRACTURA ☐ (20) LUXACIÓN ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) ☐ (41) HERIDA ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO ☐ (60) QUEMADURA ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE ☐ (81) ASFIXIA ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (99) OTRO. (Especifique)	

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
☐ (1) CABEZA ☐ (1.12) OJO ☐ (2) CUELLO ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐ (3.32) TÓRAX ☐ (3.33) ABDOMEN ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (4.46) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.56) PIES ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (4.4) RADIACIONES ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (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)	<table border="1"> <tr> <td>HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐</td> <td>EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</td> </tr> <tr> <td>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</td> </tr> <tr> <td>CARGO</td> <td>CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No.</td> </tr> <tr> <td>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</td> </tr> <tr> <td>CARGO</td> <td>CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No.</td> </tr> </table>	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA		No.	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA		No.
HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:														
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA														
	No.														
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA														
	No.														
	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)														
	<table border="1"> <tr> <td>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</td> </tr> <tr> <td>CARGO</td> <td>CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No.</td> </tr> <tr> <td>FIRMA</td> <td>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D D M M A A A A</td> </tr> </table>	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA		No.	FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		D D M M A A A A				
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD														
CARGO	CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA														
	No.														
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE														
	D D M M A A A A														

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO