

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE
IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE **TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO** NIT: 860013798-5
DIRECCIÓN: DG 37 A # 3 - 29 BARRIO SANTA ISABEL **TELÉFONO:** 5240007
CORREO ELECTRÓNICO: **DEPARTAMENTO:** VALLE DEL CAUCA **MUNICIPIO:** SANTIAGO DE CALI

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN: (1)PLANTA (2)MISIÓN (3)COOPERADO (4)ESTUDIANTE O APRENDIZ (5)INDEPENDIENTE
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA **JORNADA DE TRABAJO HABITUAL**
[] (1) DIURNA [] (2)NOCTURNA [] (3)MIXTO []
EPS EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO **AFP EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO**

[]		[]	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
[]		[]	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO	
[]		[]	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
[]		[]	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CARGO	
[]	[]	[]	

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)	DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
[]	[]	[]
JORNADA EN QUE SUCEDE ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		
(1)NORMAL [] (2)EXTRA [] (1) SI [] (2) NO [] CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo) []		
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		
[]		
TIPO DE ACCIDENTE		
(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 []	[]	[]
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	(1) DENTRO DE LA EMPRESA []	(2) FUERA DE LA EMPRESA []

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)

- (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)

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

- (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) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	(1) CAÍDA DE PERSONAS
(1.12) OJO	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE	(2) CAÍDA DE OBJETOS
(2) CUELLO	(3) APARATOS	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)	(3.36) Herramientas, Implementos o Utensilios	(4) ATRAPAMIENTOS
(3.32) TÓRAX	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS	(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
(3.33) ABDOMEN	(4.4) RADIACIONES	(6) Exposición o contacto con temperatura extrema
(4) MIEMBROS SUPERIORES	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	

