

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO					Código	SGSST-FO-11
						Versión	01
	FORMATO REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL					Fecha:	may-25
1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA							
Tipo de vinculación laboral:		Empleador		Contratante			
Nombre de la entidad:							
NIT:	Dirección:		Teléfono				
Actividad económica:	Empresa dedicada al mantenimiento de tierras para su preservación ecológica en actividades de paisajismo y servicios de mantenimiento conexos.					Código de la actividad	8130
Correo electrónico	Departamento		Municipio		Zona: Urbana _____ Rural _____		
2. INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO ACCIDENTADO							
Tipo de vinculación laboral:		Planta:	Independiente:	Estudiante o Aprendiz:			
Primer Apellido	Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Número del Documento de Identidad:	Cargo:		Sectorial:	Número telefónico:			
Dirección de Residencia:	Fecha de ingreso a la entidad:		Día: _____ Mes: _____ Año: _____		Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____		
Departamento:	Municipio:	EPS:	AFP:	Tiempo de antigüedad en el cargo actual:	Años: _____ Meses: _____ Días: _____	Jornada Habitual: Diurna: _____ Nocturna: _____ Turnos: _____	
3. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE							
Fecha de Accidente:	Día _____ Mes _____ Año _____	Hora de Accidente (0 - 23h):	HH _____ MM _____	Día de la semana que ocurrió el accidente laboral: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____			
Jornada en que sucede el accidente:	Normal: _____ Extra: _____	Si: _____ No: _____ Cual?: _____ (Diligenciar si su respuesta es Negativa)		Total tiempo laborado previo al accidente:	HT: _____ Ht: _____	Tipo de accidente:	Violencia: _____ Tránsito: _____ Deportivo: _____ Recreativo cultural: _____ Propios del trabajo: _____
Causa la muerte al trabajador:	Si: _____ No: _____	Departamento donde ocurrió el accidente:	Municipio donde ocurrió el accidente:	Zona donde ocurrió el accidente:	Urbana: _____	Rural: _____	
Lugar donde ocurrió el accidente:	Dentro de la empresa:		Fuera de la empresa:	Trabajo en casa:			
Indique cual sitio (Donde ocurrió)	Tipo de Lesión (Marque con una X cuál o cuáles)		Parte del cuerpo aparentemente afectada	Agente del Accidente se lesionó el trabajador (Con qué)		Mecanismo o forma del accidente	
1. Almacenes o depósitos: _____	1. Fractura: _____	10. Envenenamiento o Intoxicación aguda o Alergia: _____	1. Cabeza: _____	1. Máquina y/o Equipos: _____		1. Caídas de personas: _____	
2. Área de reproducción: _____	2. Luxación: _____	11. Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente	2. Ojos: _____	2. Medios de Transporte: _____		2. Caídas de Objetos: _____	
3. Área recreativas o recreativas: _____	3. Torceduras, Esguinces, Desgarro muscular, Hemia, Laceración de músculo o Tendón sin herida: _____	12. Asfixia: _____	3. Cuello: _____	3. Aparatos: _____		3. Pisadas, Choques o Golpes: _____	
4. Corredores o pasillos: _____	4. Conmoción o Trauma interno: _____	13. Efecto de la electricidad: _____	4. Tronco (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis): _____	4. Herramientas, Implementos o Utensilios: _____		4. Atrapamientos: _____	
5. Escaleras: _____	5. Amputación o enucleación (Exclusión o pérdida del ojo): _____	14. Efecto nocivo de la radiación: _____	5. Tórax: _____	5. Materiales o Sustancias: _____		5. Sobreesfuerzo, Esfuerzo excesivo o falso movimiento: _____	
6. Parquederos o áreas de circulación vehicular: _____	6. Trauma superficial (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño): _____	15. Lesiones múltiples: _____	6. Abdomen: _____	6. Radiaciones: _____		6. Exposición o contacto con Temperatura Extrema: _____	
7. Oficinas _____	7. Herida: _____	16. Otro (Especifique): _____	7. Miembros Superiores: _____	7. Ambiente de trabajo (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos): _____		7. Exposición o contacto con Electricidad: _____	
8. Otras áreas comunes: _____	8. Golpe, Contusión o Aplastamiento: _____		8. Manos: _____	8. Otros agentes no especificados: _____		8. Exposición o contacto con Sustancias nocivas, Radiaciones o Salpicaduras: _____	
9. Otros (Especifique): _____	9. Quemaduras: _____		9. Miembros Inferiores: _____	9. Animales productos de animales y: _____ (vivos o _____)		9. Otros (Especifique): _____	
			10. Pies: _____	10. Agentes no clasificados por falta de datos: _____			
			11. Ubicaciones Múltiples: _____				
12. Lesiones Generales u otras: _____							
4. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE							
5. PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE							
Hubo personas que presenciaron el accidente?	Si: _____ No: _____	En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:	Apellidos y Nombres completos:	Número del Documento de Identidad:	Cargo:		
			Apellidos y Nombres completos:	Número del Documento de Identidad:	Cargo:		
5. PERSONA RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO							
Apellidos y Nombres completos:	Número del Documento de Identidad:			Firma:			
6. PERSONA RESPONSABLE DEL REPORTE DEL ACCIDENTE ANTE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)							
Apellidos y Nombres completos:	Número del Documento de Identidad:			Firma:			
7. FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL REPORTE DEL ACCIDENTE LABORAL							
Día:	Mes:	Año:					