|  |  |
| --- | --- |
|   | **Sistema de Control Interno y Gestión de la Calidad** |
| **Macroproceso: Gestión Talento Humano** | **Proceso: Gerenciar Talento Humano** |
| Procedimiento para Reporte e Investigación de Incidentes y Accidentes Laborales:**Formato Reporte de Accidentes de Trabajo**  |
| **Código:(Diligencia Planeación)** | **Versión: (Diligencia Planeación)**  | Página 1 de 2 |
| **I** | **DATOS DEL TRABAJADOR** |
| No identificación  |  |
| Sexo  |  |
| Fecha de Nacimiento  |  |
| Apellidos y nombres  |  |
| Dirección residencia  |  |
| Teléfono  |  |
| Departamento (De origen) |  |
| Municipio (De origen) |  |
| Cargo  |  |
| Ocupación Habitual (Profesión) |  |
| Salario  |  |
| Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente |
| Fecha Ingreso Empresa |  |
| EPS |  |
| AFP |  |
| **II** | **INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE** |
| Departamento |  |
| ciudad |  |
| Zona (Rural/Urbana) |  |
| Fecha del accidente |  |
| Hora del accidente  |  |
| Tiempo laborado antes del accidente | Hora: |  | Minuto: |  |
| Estaba realizando su Labor Habitual. | SI  |  | No: |  |
| Tipo de accidente  |  |
| Lugar del Accidente  |  |
| Tipo de Lesión (Marque con una X ) | Amputación  |  | Golpe o contusión  |  |
| asfixia |  | Herida |  |
| Conmoción Trauma interno  |  | Lesiones Múltiples |  |
| Efecto de Electrocución  |  | Luxaciones  |  |
| Efecto del tiempo o clima |  | Quemadura  |  |
| Efecto por radiación  |  | Torcedura, esguince  |  |
| Intoxicación |  | Trauma Superficial  |  |
| Fractura  |  | Otro |  |
| Parte del cuerpo Afectada (Marque con una X ) | Abdomen  |  | Ojo |  |
| Cabeza |  | Pies  |  |
| Cuello |  | Tórax |  |
| Manos  |  | Tronco Incluye espalda |  |
| Miembros Superiores |  | Ubicaciones Múltiples |  |
| Miembros Inferiores |  |  |  |
| Agente del accidente ( con que se lesiono el funcionario) | Agentes No Clasificados  |  | Máquinas y quipo  |  |
| Ambientes de Trabajo  |  | Materiales o sustancias  |  |
| Animales Vivos |  | Medios de Transporte  |  |
| Aparatos  |  | Otros Agentes no clasificados  |  |
| Herramientas de Trabajo |  | Radiaciones  |  |
| Forma del Accidente  | Atrapamiento  |  | Contacto Sustancias nocivas  |  |
| Caída de Objetos  |  | Pisadas Choques o Golpes  |  |
| Caída de Personas  |  | Sobre esfuerzo, esfuerzo excesivo  |  |
| Contacto eléctrico |  | Otros: Especifique  |  |
| Contacto Tempera. extremas |  |  |  |
| **III**  | **DESCRIBA DE FORMA DETALLADA COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE** |
|  |
| **IV**  | **TESTIGOS DEL ACCIDENTE** (en el caso que aplique) |
| Nombre del Testigo 1 |  |
| No Identificación Testigo 1 |  |
| Cargo |  |
| Nombre del Testigo 2 |  |
| No Identificación Testigo 2 |  |
| Cargo |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** (Opcional) |
| Información relevante que no se mencionó anteriormente sobre accidente, que nos permita tomar acciones preventivas o correctivas para evitar un nuevo siniestro.  |  |