	PROCEDIMIENTO	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

## 1. OBJETIVO


Orientar a todos los funcionarios y contratistas de prestación de servicios sobre la forma de reportar oportuna y debidamente los accidentes de trabajo, con el fin de que los trabajadores accidentados puedan lograr de manera optima y un fácil acceso a los beneficios de cobertura en el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo que respecta a el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas a que tiene derecho como consecuencia de un accidente de trabajo.

## 2. ALCANCE

Aplica al proceso de Gestión del Talento Humano y a todos los funcionarios y/ o contratistas de prestación de servicios accidentados que se encuentren debidamente afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, desde la ocurrencia del presunto accidente de trabajo hasta el reporte del accidente en la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), involucrando a todos los funcionarios y/o contratistas de prestación de servicios que guardan estrecha interrelación con el proceso donde ocurra el accidente de trabajo.

## 3. RESPONSABLES

- El Subdirector Administrativo y Financiero recibe el FURAT con su respectivo número de radicación de la ARL, valida y aprueba.
- El profesional de Talento Humano notifica por escrito ó telefónicamente a la ARL el accidente de trabajo.
- El testigo del accidente es la persona que presencié el accidente y que pueden ayudar a esclarecer o evidenciar los hechos y circunstancias que dieron lugar al origen de este. En caso de que existieran, el testigo debe solidarizarse con el trabajador accidentado dando aviso al área o dependencia donde labora este último, o avisando inmediatamente al área de Talento Humano cuando las circunstancias lo ameriten. El testigo debe suministrar al área de Talento Humano sus nombres, cargos, y documentos de identificación para el diligenciamiento del FURAT también debe participar en la investigación del accidente, junto con el equipo investigador.
- El jefe inmediato (Director, Subdirectores, Jefes de oficina asesora, Asesores y Supervisores de contratos), son responsables de dar aviso al área de talento humano la ocurrencia de los accidentes de trabajo de los funcionarios y contratistas de prestación de servicios a su cargo.
- Los funcionarios y contratistas de prestación de servicios deben reportar los accidentes de trabajo al jefe inmediato (Director, Subdirectores, Jefes de oficina asesora, Asesores y Supervisores de contratos).

	PROCEDIMIENTO	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

#### 4. CONDICIONES GENERALES

- a) Todo accidente de trabajo debe ser informado **inmediatamente** por parte del jefe inmediato al área de Talento Humano, para que allí se proceda a notificar por escrito ó telefónicamente del accidente a la ARL y demás entidades relacionadas con el Sistema General de Riesgos Laborales dentro de los 2 días hábiles siguientes a su ocurrencia.
- b) Toda incapacidad médica generada por ocurrencia de un accidente de trabajo, debe ser entregada en formato original al área de Talento Humano para que allí se proceda a gestionar ante la ARL el pago de las prestaciones económicas a que tiene derecho el trabajador accidentado.
- c) Para efectos de optimizar el procedimiento de reporte del accidente de trabajo, puede reportarse telefónicamente a la línea POSITIVA 01 8000 111 170 a nivel nacional y 330 7000 en Bogotá, la ARL enviará al correo electrónico que se suministre quien reporte el accidente con copia al correo [talentohumano@ipes.gov.co](mailto:talentohumano@ipes.gov.co).

#### 5. DEFINICIONES


**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES:** Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. Las disposiciones vigentes en salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales.

**SALUD OCUPACIONAL:** Se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

**PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL:** En lo sucesivo se entenderá como el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST. Este Sistema consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo.

**RIESGOS LABORALES:** Son riesgos laborales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o la labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.

**ACCIDENTE DE TRABAJO:** "Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación

	PROCEDIMIENTO	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

funcional o la muerte". Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad aun fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considera accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

**EXCEPCIONES:** No se consideran accidentes de trabajo:

- a. El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para la que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas y culturales, así se produzcan durante la jornada laboral a menos que actué por cuenta o en representación del empleador.
- b. El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa durante los permisos remunerados o sin remuneración.


**PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO:** Es la connotación que se le da inicialmente a un accidente de trabajo que se considere de origen laboral, hasta tanto la ARL emita un concepto técnico que lo catalogue como de origen profesional bajo la definición legal de accidente de trabajo.

**PRESTACIONES ASISTENCIALES:** Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso, a:

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Servicios de hospitalización.
- c. Servicio odontológico.
- d. Suministro de medicamentos.
- e. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- f. Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición sólo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende.
- g. Rehabilitaciones físicas y profesionales.
- h. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

**PRESTACIONES ECONÓMICAS:** Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho al reconocimiento y pago de las siguientes prestaciones económicas:

- a. Subsidio por incapacidad temporal.
- b. Indemnización por incapacidad permanente parcial.

	PROCEDIMIENTO	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

- c. Pensión de invalidez.
- d. Pensión de sobrevivientes; y
- e. Auxilio funerario.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud. Entre sus funciones básicas está prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la ley 100 de 1993.

**ARL:** Administradora de Riesgos Laborales. Entidad que administra el Sistema General de Riesgos Laborales., previa autorización de la Superintendencia Bancaria para explotar el ramo de seguros de riesgos profesionales. Entre sus principales funciones está garantizar a los trabajadores afiliados, el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas a que tiene derecho por concepto de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional.

**RED ASISTENCIAL:** Conjunto de clínicas especializadas o no, adscritas a una ARP mediante convenio, y que están facultadas para prestar los servicios de atención asistenciales que requiera un trabajador accidentado.

**FURAT:** Es el formato único de reporte de presunto accidente de trabajo creado por el Ministerio de la Protección Social para que las empresas públicas y privadas informen a la ARL y demás entidades relacionadas con el Sistema General de Riesgos Laborales., la ocurrencia de los accidentes que se consideren de origen laboral. El FURAT consta de 1 original y 2 copias; el original se entrega a la IPS que atienda inicialmente al trabajador accidentado, una de las copias se entrega a la ARL y la otra queda a disposición del empleador o empresa usuaria.

## 6. PROCEDIMIENTO:


### 6.1 Informar la ocurrencia del presunto accidente de trabajo.

El trabajador accidentado y/o testigo deberá informar al jefe inmediato o quien haga sus veces la ocurrencia del presunto accidente de trabajo.

#### NOTA 1:

a) Si el presunto accidente ocurre por fuera de los equipamientos administrados por la entidad, el trabajador deberá informar directamente a la ARL Positiva a la línea telefónica POSITIVA 018000111170 a nivel nacional ó en Bogotá al 3307000, proporcionando la siguiente información:

- Datos generales de la empresa
- Datos del trabajador accidentado (Nombre completo y Cedula de ciudadanía, EPS y Fondo de pensiones a la cual se encuentra afiliado el trabajador)
- Ubicación o dirección del lugar donde se encuentra el accidentado.
- Descripción del accidente y sintomatología.
- Información personal del accidentado.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

A través de la línea POSITIVA el trabajador accidentado y/o testigo recibirá un número de radicación del reporte para recibir la atención correspondiente y será direccionado a la IPS adscrita a la red asistencial de Positiva más cercana al lugar del accidente para recibir atención inmediata.

## **6.2 Informar acontecimiento del accidente**

El jefe inmediato, testigo o quien haga sus veces deberá informar al área de Talento Humano, el acontecimiento del accidente de manera inmediata o antes de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento. Si reportó el accidente por teléfono, entregar copia del reporte enviado por la ARL al correo electrónico suministrado.

## **6.3 Diligenciar el FURAT**

El profesional del área de Talento Humano procederá a notificar por escrito o telefónicamente el accidente de trabajo a la ARL dentro de los 2 días hábiles siguiente a su ocurrencia. Se entregará por parte de la ARL el FURAT con su respectivo número de radicación para recibir la atención en la IPS correspondiente. El FURAT consta de 1 original y 2 copias; el original se entrega a la IPS que atienda inicialmente al trabajador accidentado, una de las copias se entrega a la ARL y la otra queda a disposición del empleador o empresa usuaria.

## **6.4 Prestación de Servicios Asistenciales**

El trabajador accidentado deberá acudir, para recibir los servicios o prestaciones asistenciales necesarias, a una de las clínicas (IPS) de la red asistencial que tiene convenio con POSITIVA con copia del FURAT que le corresponde a la IPS (en caso de que el presunto accidente de trabajo sea dentro de las instalaciones de la entidad; en caso contrario seguir las instrucciones del literal a) del numeral 6.1 Informar ocurrencia del presunto accidente de trabajo, NOTA 1.

### **NOTA 2:**


a) Si por la gravedad del accidente o por circunstancias ajenas que rodean el evento, no se puede diligenciar el FURAT, el paciente puede trasladarse o ser trasladado a la clínica sin este documento, pero la clínica retendrá la incapacidad hasta que se les haga llegar la copia del FURAT que le corresponde a ésta. En el caso de que el evento no genere incapacidad, la clínica de acuerdo a sus políticas internas llega a un acuerdo con el trabajador, para que el FURAT les sea suministrado.

## **6.5 Incapacidades**

El trabajador accidentado radicará a la mayor brevedad posible al área de Talento Humano, la certificación original de incapacidad temporal expedida por la clínica que brindó la atención inicial, y las demás incapacidades que pudieran generarse como consecuencia de la recuperación del accidentado para poder dar inicio ante la ARL, el proceso de cobro de las prestaciones económicas derivadas del accidente de trabajo.

## **6.6 Envío radicación FURAT**

El profesional de Talento Humano enviará para radicación la copia del FURAT que le corresponde a esta entidad dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del

	PROCEDIMIENTO	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

accidente, en cualquiera de la red de oficinas de la ARL POSITIVA (Carrera 19 # 143- 30; Calle 74 # 10- 85; SUPERCADE LAS AMERICAS Carrera 86 # 40- 55; CAD Carrera 30 # 25- 90; SUPERCADE SUBA Calle 146 # 105 – 95; SUPERCADE BOSA Calle 57 R Sur # 72 D 12)

**NOTA 3:**

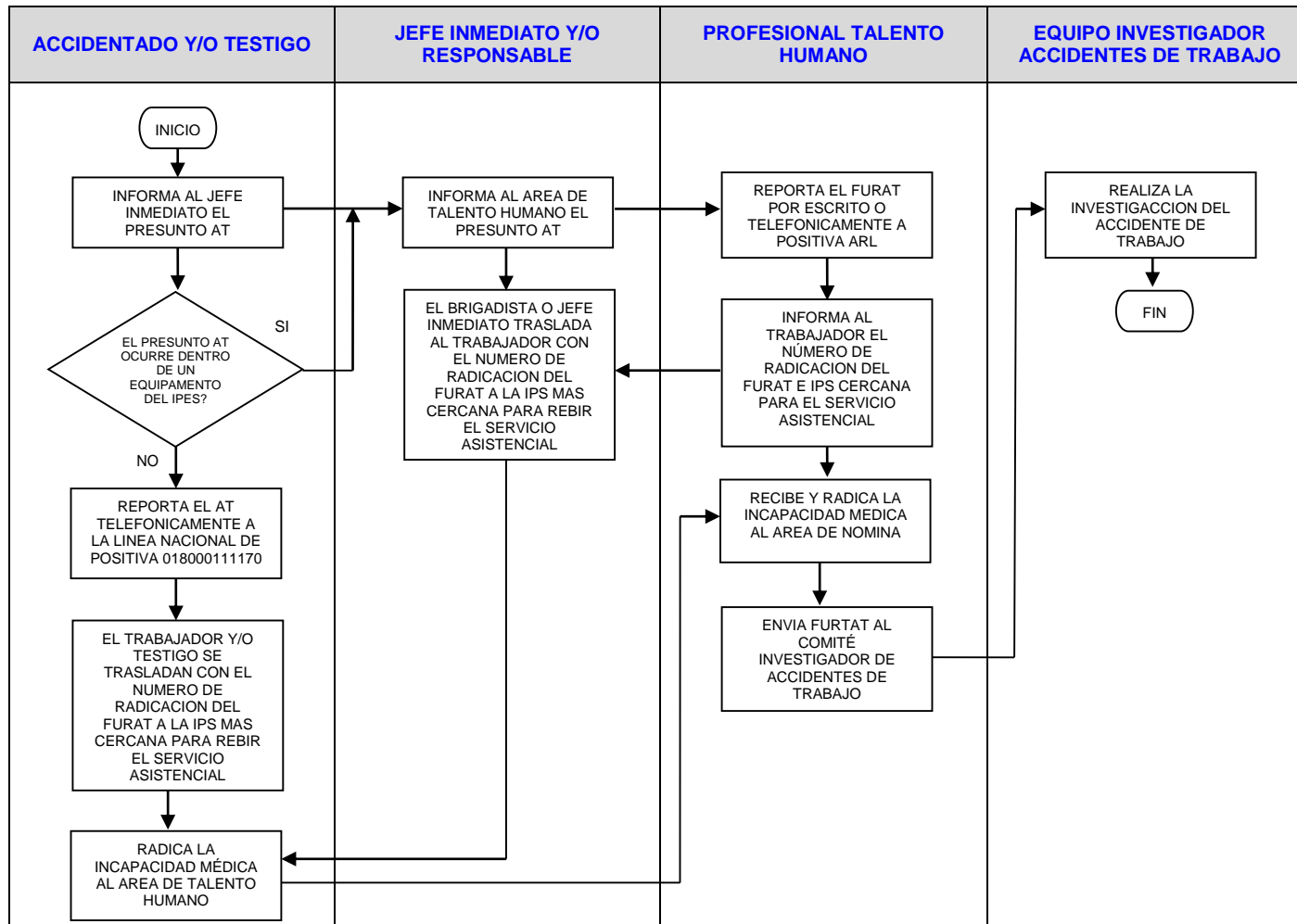
- a) Si el reporte se realizó vía telefónica no es necesario este trámite, pues ya está cargado en el portal POSITIVA de la entidad.
- b) Si no se puede enviar el reporte del accidente a la ARL dentro del tiempo establecido por la ley, se debe remitir a esta entidad el FURAT que le corresponde junto con un oficio remitir justificando la extemporaneidad del reporte.

**6.7 Realizar Investigación del incidente o accidente de trabajo.**

El equipo investigador de la entidad realizará la investigación del incidente ó accidente de trabajo para establecer mecanismos de prevención y acciones correctivas y preventivas que permitan evitar y controlar nuevos eventos similares.



### 7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social

PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
1	Informar la ocurrencia del presunto accidente de trabajo.	<p>El trabajador accidentado y/o testigo deberá informar al jefe inmediato o quien haga sus veces la ocurrencia del presunto accidente de trabajo.</p> <p><b>NOTA 1:</b></p> <p>a) Si el presunto accidente ocurre por fuera de los equipamientos administrados por la entidad, el trabajador deberá informar directamente a la ARL Positiva a la línea telefónica POSITIVA 01800011170 a nivel nacional ó en Bogotá al 3307000, proporcionando la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Datos generales de la empresa</li><li>- Datos del trabajador accidentado (Nombre completo y Cedula de ciudadanía, EPS y Fondo de pensiones a la cual se encuentra afiliado el trabajador)</li><li>- Ubicación o dirección del lugar donde se encuentra el accidentado.</li></ul>	Trabajador accidentado			0.04





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social


PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del accidente y sintomatología.</li> <li>- Información personal del accidentado.</li> </ul> <p>A través de la línea POSITIVA el trabajador accidentado y/o testigo recibirá un número de radicación del reporte para recibir la atención correspondiente y será direccionado a la IPS adscrita a la red asistencial de Positiva más cercana al lugar del accidente para recibir atención inmediata.</p>				
2	Informar acontecimiento del accidente	El jefe inmediato, testigo o quien haga sus veces deberá informar al área de Talento Humano, el acontecimiento del accidente de manera inmediata o antes de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento. Si el trabajador reportó el accidente por teléfono, debe enviar copia del FURAT suministrado por la ARL al correo electrónico <a href="mailto:talentohumano@ipes.gov.co">talentohumano@ipes.gov.co</a>	<p>Jefe inmediato del trabajador accidentado</p> <p>Trabajador Accidentado</p> <p>Testigo del Accidente</p>			0.04



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social

PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
3	Diligenciar el FURAT	El profesional del área de Talento Humano procederá a notificar por escrito o telefónicamente el accidente de trabajo a la ARL dentro de los 2 días hábiles siguiente a su ocurrencia. Se entregará por parte de la ARL el FURAT con su respectivo número de radicación para recibir la atención en la IPS correspondiente. El FURAT consta de 1 original y 2 copias; el original se entrega a la IPS que atienda inicialmente al trabajador accidentado, una de las copias se entrega a la ARL y la otra queda a disposición del empleador o empresa usuaria.	Profesional de Talento Humano		FURAT	0.10
4	Prestación de Servicios Asistenciales	El trabajador accidentado deberá acudir, para recibir los servicios o prestaciones asistenciales necesarias, a una de las clínicas (IPS) de la red asistencial que tiene convenio con POSITIVA con copia del FURAT que le corresponde a la IPS (en caso de que el presunto accidente de trabajo sea dentro de las instalaciones de la	Trabajador accidentado		FURAT diligenciado (copia IPS) Red asistencial de clínicas	0.58



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social

PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
		<p>entidad; en caso contrario seguir las instrucciones del literal a) del numeral 6.1 Informar ocurrencia del presunto accidente de trabajo, NOTA 1.</p> <p><b>NOTA 2:</b> a) Si por la gravedad del accidente o por circunstancias ajenas que rodean el evento, no se puede diligenciar el FURAT, el paciente puede trasladarse o ser trasladado a la clínica sin este documento, pero la clínica retendrá la incapacidad hasta que se les haga llegar la copia del FURAT que le corresponde a ésta. En el caso de que el evento no genere incapacidad, la clínica de acuerdo a sus políticas internas llega a un acuerdo con el trabajador, para que el FURAT les sea suministrado.</p>				
5	Incapacidad Medica	El trabajador accidentado enviará a la mayor brevedad posible al área de Talento Humano, la certificación original de incapacidad temporal expedida por la clínica que	Trabajador accidentado		Incapacidad (es) temporal (es)	24



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social

PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
		brindó la atención inicial, y las demás incapacidades que pudieran generarse como consecuencia de la recuperación del accidentado para poder dar inicio ante la ARL, el proceso de cobro de las prestaciones económicas derivadas del accidente de trabajo.				
6	Envío radicación FURAT	El profesional de Talento Humano enviará para radicación la copia del FURAT que le corresponde a esta entidad dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente, en cualquiera de la red de oficinas de la ARL POSITIVA (Carrera 19 # 143- 30; Calle 74 # 10- 85; SUPERCAD LAS AMERICAS Carrera 86 # 40- 55; CAD Carrera 30 # 25 - 90; SUPERCAD SUBA Calle 146 # 105 – 95; SUPERCAD BOSA Calle 57 R Sur # 72 D 12)  <b>NOTA 3:</b> a) Si el reporte se realizó vía telefónica no es necesario este	Profesional de Talento Humano		FURAT diligenciado y enviado (copia ARP)  Informe Reporte de Accidente Virtual  Oficio remisario ordinario  Oficio remisario Extemporáneo	48



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social


PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

No.	Nombre de la actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Punto de control	Registro	Tiempo (Fracción de Hora)
		trámite, pues ya está cargado en el portal POSITIVA de la entidad. b) Si no se puede enviar el reporte del accidente a la ARL dentro del tiempo establecido por la ley, se debe remitir a esta entidad el FURAT que le corresponde junto con un oficio remitir justificando la extemporaneidad del reporte.				
7	Realizar Investigación del incidente o accidente de trabajo	El equipo investigador de la entidad realizará la investigación del incidente ó accidente de trabajo para establecer mecanismos de prevención y acciones correctivas y preventivas que permitan evitar y controlar nuevos eventos similares.	Equipo investigador		Jefe inmediato del trabajador accidentado  Representante del COPASO  Profesional encargado del desarrollo del Programa de Salud Ocupacional Testigo del Accidente	120



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
DESARROLLO ECONÓMICO  
Instituto para la Economía Social

PROCEDIMIENTO

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Código: PR-056

Versión: 01

Fecha: 14/01/2015

8. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Formato Único de reportes de Accidente de trabajo (FURAT).



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS  
MT 860.011.153-6  
ADMINISTRACIÓN DE RESGACOS PROFESIONALES  
www.positivaseguros.com.co


**FORMATO DE INFORME PARA  
ACCIDENTE DE TRABAJO DEL  
EMPLEADOR O CONTRATANTE**

No. 149001

NOTA: EVITAR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRREADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO ARP LA PREVISORA VIDA S.A.

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRAANTE			
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARP
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO AFP	SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUÁL INDICAR (NOMBRE AFP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL)
<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRAANTE O COOPERATIVA</b>		<b>TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:</b> <input type="checkbox"/> 01 Empleado <input type="checkbox"/> 02 Contratista <input type="checkbox"/> 03 Cooperativa de Trabajo Asociado	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No		DIRECCIÓN	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	DEPARTAMENTO CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
<b>CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR</b>			
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Solo en caso negativo diligenciar los siguientes campos sobre centro de trabajo:			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
<b>II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ</b>		<b>TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:</b> <input type="checkbox"/> 01 Fianza <input type="checkbox"/> 02 Salario <input type="checkbox"/> 03 Copropiedad <input type="checkbox"/> 04 Subalquiler o arrendamiento <input type="checkbox"/> 05 Independiente	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No		FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A	
DIRECCIÓN		TELÉFONO FAX	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO MUNICIPIO CÓDIGO ZONA <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
OCUPACIÓN HABITUAL		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A	
SALARIO O HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS	
<b>III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE</b>			
FECHA DEL ACCIDENTE D D M M A A A A		HORA DEL ACCIDENTE (0-24 HRS) DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE H H H M M M L U M A N I J U V I S A D O	
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo)		JORNADA EN QUE SUCEDE: <input type="checkbox"/> (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA	
TIPO DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> (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		¿ACUSO LA MUERTE AL TRABAJADOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
¿Dónde se produjo el accidente? <input type="checkbox"/> (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA			
¿Cómo ocurrió el accidente? <input type="checkbox"/> (01) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (02) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (03) FOMOS, CHOCOS O CHOQUES <input type="checkbox"/> (04) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (05) SOBREPESO, ESFUERZO EXCESIVO O DESMOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (06) SORPRENDIDOS CONTACTO CON TRÁFICO SIN CONTROLAR LA VELOCIDAD <input type="checkbox"/> (07) SORPRENDIDOS CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (08) SORPRENDIDOS CONTACTO CON INSTALACIONES O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (09) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (10) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (11) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (12) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS			
¿Cómo se produjo el accidente? <input type="checkbox"/> (01) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (02) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (03) FOMOS, CHOCOS O CHOQUES <input type="checkbox"/> (04) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (05) SOBREPESO, ESFUERZO EXCESIVO O DESMOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (06) SORPRENDIDOS CONTACTO CON TRÁFICO SIN CONTROLAR LA VELOCIDAD <input type="checkbox"/> (07) SORPRENDIDOS CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (08) SORPRENDIDOS CONTACTO CON INSTALACIONES O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (09) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (10) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (11) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (12) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS			
¿Cómo se produjo el accidente? <input type="checkbox"/> (01) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (02) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (03) FOMOS, CHOCOS O CHOQUES <input type="checkbox"/> (04) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (05) SOBREPESO, ESFUERZO EXCESIVO O DESMOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (06) SORPRENDIDOS CONTACTO CON TRÁFICO SIN CONTROLAR LA VELOCIDAD <input type="checkbox"/> (07) SORPRENDIDOS CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (08) SORPRENDIDOS CONTACTO CON INSTALACIONES O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (09) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (10) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (11) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (12) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS			
¿Cómo se produjo el accidente? <input type="checkbox"/> (01) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (02) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (03) FOMOS, CHOCOS O CHOQUES <input type="checkbox"/> (04) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (05) SOBREPESO, ESFUERZO EXCESIVO O DESMOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (06) SORPRENDIDOS CONTACTO CON TRÁFICO SIN CONTROLAR LA VELOCIDAD <input type="checkbox"/> (07) SORPRENDIDOS CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (08) SORPRENDIDOS CONTACTO CON INSTALACIONES O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (09) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (10) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (11) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS <input type="checkbox"/> (12) SORPRENDIDOS CONTACTO CON MAQUINARIAS O MAQUINARIAS			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b> DESCRIBA DETALLADAMENTE, DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE.			
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE ¿Hubo personas que presenciaron el accidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No	
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No	
FIRMA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A	

- 4a. COPIA: EMPLEADOR - CONTRATANTE - COOP. TRABAJO ASOCIADO -

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	
	<b>REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO</b>	Código: PR-056
		Fecha: 14/01/2015

- Red Asistencial Clínicas adscritas a la ARL Positiva.

RED ASISTENCIAL	DIRECCION	TELEFONO
CLINICA LOS NOGALES	Calle 95 N° 23 - 61	593700-5937071 ext. 2035/1001
CLINICA DE MARLY S.A.	Calle 50 #9-67	3436600 ext. 2313
CLINICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES	Avenida Las Américas # 70-06	7423099
CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	Avenida Las Américas #71 C-29	4254669 / 4254620 ext. 144
CLINICA EUSALUD S.A.	Carrera 78 N° 3A -36 MANDALAY	5878080 / 4505860 / 5878087 ext. 935
CLINICA EUSALUD S.A.	Calle 54 A BIS N° 16/71 CHAPINERO	5878080 / 4505860 / 5878087 ext. 935
CLINICA PARTENON LTDA	Calle 74 #76 -65	4304112 / 4306767
CLINICA RETORNAR LTDA	Autopista Norte ( Avenida 13) #87-33	6115616 / 6115484
CLINICA UNIVERSITARIA EL BOSQUE	Calle 134 # 7 b 41	6499300 / 6272848
CLINICA PALERMO	Calle 45C # 22-02	5727777
E.S.E. HOSPITAL SIMON BOLIVAR	Calle 165 #7-06	6732600 / 6767940 / 6718796
HOSPITAL ENGATIVA ESE	Transversal 100 A N° 80A-50	2913300 ext. 1263
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E	Transversal 44 #52 B-02 sur	2040344 ext. 102 / 2307766
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	Carrera 7 #40 -62	5946161 ext. 1201-1205
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	Carrera 7 # 68 70	7443333 ext. 104 / 6767500 / 3730000
FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	Carrera 52 # 67A-71	4377540
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	Avenida Carrera 14 No 1-65	3282300 ext. 2915 /2801464 / 3282300 ext. 2600
CLINICA DEL COUNTRY	Carrera 16 # 82 -57	5300470 / 5301270 ext. 1204
CRUZ ROJA COLOMBIANA	Carrera 68 #68B-31 Bloque Norte	7460909 / 5400504 / 5400511 / 4281111
FUNDACION CARDIO-INFANTIL	Carrera 18 #161-85 Piso 234	6672727
HOSPITAL DE SUBA	Carrera 104 N° 152 C-50	6621111
HOSPITALARIA JUAN CIUDAD MEDERI	Calle 24 N° 29-45 / CL 66 A # 52 25	4855970 / 5600520 / 3290579
FUNDACION ABOOD SHAIQ	Diagonal 115a #70c-75	6243211

### CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	ÍTEM MODIFICADO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	14/01/2015	Versión original del documento	