

Valledupar, 12 de Febrero 2018

CIRCULAR

PARA: RECTORES, DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL DEPARTAMENTO, DIRECTORES DE NÚCLEO/COORDINADORES DE UNIDADES EDUCATIVAS MUNICIPALES Y ADMINISTRATIVOS.

DE: JORGE ELIECER ARAUJO GUTIERREZ
Secretario de Educación Departamental

ASUNTO: OBLIGACIÓN DE INFORMAR ESTADO DE SALUD DE FUNCIONARIOS A CARGO.

Cordial saludo.

Para lograr el desarrollo normal de los procedimientos administrativos de la Secretaría de Educación Departamental especialmente en el reporte de enfermedades y accidentes de trabajo y de incapacidades laborales por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales, esta Sectorial les recuerda que el artículo 62 del Decreto 1295 de 1994 contempla: *“Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica, deberá ser informado por respectivo empleador a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la entidad promotora de salud en forma simultánea, dentro de los dos días hábiles siguientes de ocurrido el accidente o diagnostica la enfermedad profesional.”*

Así mismo para efectos laborales, es obligación de los afiliados trabajadores informar al empleador sobre la expedición de incapacidad o licencia, y tienen el deber de entregar el certificado emitido por el médico.

Cuando se trate de la ocurrencia de accidentes de trabajo o enfermedades laborales (ATEP) de funcionarios administrativos, luego de haberle prestado los primeros auxilios al accidentado y llevarlo al centro asistencial más cercano, el primer paso es comunicarse a la Línea de Atención al Cliente Positiva: 01-8000-111-170, de la ARL Positiva e informar los hechos. Se genera un número de radicación del reporte para recibir la atención correspondiente y se envía vía correo electrónico o vía fax una copia del reporte de accidente de trabajo al correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co o notificacionesjudiciales@positiva.gov.co.

De igual manera puede realizar el informe del Accidente de Trabajo vía Internet, a través del portal transaccional: <https://www.positiva.gov.co/>. Para poder realizar el procedimiento debe ser a través de un usuario registrado, (el mismo que realiza las afiliaciones a través de este medio) o dirigirse a una de las oficinas y puntos de atención de la ARL Positiva y presentar el reporte diligenciado en el “Formato Único de Reporte de Accidentes de Trabajo” FURAT, y radicarlo tanto en la ARL Positiva, como también remitirlo con destino a la dependencia de Recursos Humanos de la Secretaría de Educación Departamental.

Ahora bien, cuando se trate de Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral (ATEP) de docentes o directivos docentes, una vez se atiende a la persona accidentada y sea trasladada a un centro asistencial para su valoración y atención médica, el rector o la persona a quien este delegue deberá hacer llegar el Formato de Reporte de Accidente de Trabajo debidamente diligenciado a las oficinas de Salud ocupacional de la Fundación Medico Preventiva en la Calle 16 N° 17 – 261 piso 2, antiguo Instituto Seguros Sociales en Valledupar, correo electrónico: profesionalsocesar@fundamep.com; o a la Fundación Avanzar FOS en la Carrera 9 # 5A - 145 en Aguachica, correo electrónico: aguachica@avanzarmedico.com; Tel: 5692494 - 5651723.

Con la notificación oportuna y completa de los accidentes de trabajo obtendremos los siguientes beneficios:

- Facilita la identificación de las causas durante la investigación posterior.
- Evita tropiezos para calificar la profesionalidad del evento.
- Entrega información al ministerio para determinar políticas y programas.
- Evita posibles sanciones de los entes de control por información incompleta.
- Es una clara manifestación de la responsabilidad y el compromiso del supervisor o administrador de la línea con su equipo de trabajo.

Para la empresa y el trabajador no solo es importante que usted reporte el hecho correcto y oportunamente, sino que lo investigue para:

- Identificar y analizar las causas
- Definir las acciones para evitar que sucedan hechos similares
- Asignar un responsable de la ejecución de las medidas preventivas
- Compartir la experiencia con otras personas de la empresa.

Ahora bien, en los casos de transcripción de certificado expedido por profesional médico no adscrito a la red de la EPS a la cual el funcionario incapacitado está afiliado, siempre será necesario adjuntar copia de la historia clínica y el certificado médico de incapacidad o licencia. Es necesario preciar, que el reconocimiento y pago por parte de esta entidad territorial quedará sujeto a la aceptación y validación de las incapacidades por parte de la EPS, al cual el trabajador se encuentra afiliado.

Para los casos de radicación de certificado expedido por profesional médico adscrito a la red de la EPS a la cual el funcionario en incapacidad está afiliado, será necesario que el trabajador remita a esta Sectorial únicamente copia de la historia clínica.

Por lo anteriormente expuesto, esperamos contar con su diligencia y la oportuna comunicación de este tipo de situaciones. Se les reitera que estos informes deben radicarse siendo dirigidas a la dependencia de Recursos Humanos de la Secretaria de Educación Departamental a través del Servicio de Atención al Ciudadano SAC.

Anexos:

- Formato de Notificación de Accidentes de Trabajo –FIDUPREVISORA (01 Folios)
- Formato de informe para accidente de trabajo del empleador o contratante-ARL POSITIVA (02 Folios)

Atentamente,


JORGE ELIECER ARAUJO GUTIERREZ
Secretario de Educación Departamental del Cesar

Elaboró: Hugues Javier Molina Socarras – Profesional Salud Ocupacional - Contratista SED
Revisó: DAVIS José Salina Díaz - Profesional Universitario de Recursos Humanos – SED
Revisó: José Miguel Chacón Cuadro – Profesional Especializado Jurídica de la SED
Nombre carpeta archivo: Circulares 2018



FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO
IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL



NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO VALLEDUPAR	ZONA U__X__
CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE							
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		TELÉFONO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO	
						MUNICIPIO	
						ZONA U__	
INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO							
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ____		NUMERO		FECHA DE NACIMIENTO(DIA,MES,AÑO)		SEXO MASCULINO __ FEMENINO ____	
DIRECCIÓN :		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CARGO: DOCENTE __ ORIENTADOR (A) __ D.D. RECTOR (A) __ COORDINADOR (A) __		FECHA DE INGRESO SED(DIA,MES,AÑO)		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MAÑANA __ TARDE __ NOCHE __ GLOBAL __	
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO							
FECHA DEL ACCIDENTE(DIA,MES,AÑO)		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE			
		HORA:		LUN __ MAR __ MC __ JU __ VI __ SAB __ DOM __			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL __ EXTRA __		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI __ NO __		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO __ TRÁNSITO __ VIOLENCIA __ DEPORTIVO __ RECREATIVO __		CAUSÓ LA MUERTE SI __ NO __		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE CESAR		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
						ZONA ACCIDENTE U__ R__	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO : DENTRO DEL COLEGIO ____ FUERA DEL COLEGIO ____							
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ			TIPO DE LESIÓN			CUAL?	
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS <input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> AREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL?			<input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> LUXACIÓN <input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR <input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO) <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL			<input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> QUEMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA <input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE <input type="checkbox"/> ASFIXIA <input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> OTRO? <input type="checkbox"/> CUAL?	
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA			AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE			FORMA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> OJO <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> MÚLTIPLES			<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS <input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS <input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRÁNSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS) <input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> APARATOS <input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) <input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS			<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO:	
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE				PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	
						C.C. ____ C.E. ____	
				CARGO		NÚMERO	
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	
						C.C. ____ C.E. ____	
				CARGO:		NÚMERO	
				RESPONSABLE DEL INFORME			
				APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
				DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	
				C.C. __X__ C.E. ____			
				FIRMA			

El Informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus vacantes no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.
NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO ARP LA PREVISORA VIDA S.A.

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE			
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 CUAL (INDICAR NOMBRE AFP SI NO ES EL SEGURO SOCIAL)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA		TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa de Trabajo Asociado	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)	CÓDIGO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT <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
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR			
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CÓDIGO	DIRECCIÓN	
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO
			CÓDIGO ZONA
			<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ		TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> Estudiante o aprendiz <input type="checkbox"/> (5) 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	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO MUNICIPIO	
		CÓDIGO ZONA	
		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
OCUPACIÓN HABITUAL		CODIGO	
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
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	

III. 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: <input type="checkbox"/> (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CODIGO	
<input type="checkbox"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO ¿CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo):		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
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		¿CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? <input type="checkbox"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO	
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
		CÓDIGO ZONA	
		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA	(20) LUXACIÓN (25) TORCEDURA, ESPIGUE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACION DE MUSCULO O TENDÓN, SIN HERIDA (30) CONTUSIÓN O TRAUMA INTERNO (40) AMPUTACIÓN O ERECCIÓN (Excluyen a peritro del pie) (41) HERIDA (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en piel por cuerpo extraño) (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO (60) QUEMADURA (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN (80) AGUDA O ALERGIA (81) EFECTO DEL TIEMPO DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (82) ASFIXIA (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN (90) LESIONES MÚLTIPLES (99) OTRO Especifique: PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA (1.12) OJO (2) CUELLO (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) (3.32) TÓRAX (3.33) ABDÓMEN (4) MIEMBROS SUPERIORES (4.40) MANOS (5) MIEMBROS INFERIORES (5.50) PIES (6) UBICACIONES MÚLTIPLES (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS (2) MEDIOS DE TRANSPORTE (3) APARATOS (3.30) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS (4) MATERIALES O SUSTANCIAS (44) RADIACIONES (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles, paredes, en el accidente, interior o subterráneo) (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (6.61) ANIMALES (Virus o parásitos animales) (7) AGENTES NO CLASIFICADOS
INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS (4) CORREDORES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PASADIZOS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR (7) OFICINAS (8) OTRAS ÁREAS COMUNES (9) OTRO (Especifique)	(1) CAIDA DE PERSONAS (2) CAIDA DE OBJETOS (3) PISADAS, CHOCOS O GOLPES (4) ATRAPAMIENTOS (5) SOBRESFUERZO O 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 O RADIAACIONES O SALPICADURAS (9) OTRO Especifique:	MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> (1) CAIDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAIDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOCOS O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO O ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIAACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO Especifique:	

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE									
<p>PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE</p> <p>¿Hubo personas que presenciaron el accidente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:</p> <table border="1"> <tr> <td>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.</td> <td>CARGO QUE DESEMPEÑA</td> </tr> <tr> <td>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.</td> <td>CARGO QUE DESEMPEÑA</td> </tr> <tr> <td>PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</td> <td>DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.</td> <td>CARGO QUE DESEMPEÑA</td> </tr> </table>		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.	CARGO QUE DESEMPEÑA	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.	CARGO QUE DESEMPEÑA	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.	CARGO QUE DESEMPEÑA
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.	CARGO QUE DESEMPEÑA								
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.	CARGO QUE DESEMPEÑA								
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.	CARGO QUE DESEMPEÑA								
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: D D M M A A A A									

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Para el diligenciamiento del informe de accidente de trabajo, por el empleador o contratante, se seguirá el siguiente instructivo:

Responda cada una de las preguntas indicando, con letra imprenta clara o a máquina de escribir.

NOTA: No llenar los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la entidad administradora de riesgos profesionales (ARP).

EPS a la que está afiliado: Hacer referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Código EPS: Añote el código establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de salud correspondiente.

ARP a la que está afiliado: Hacer referencia a la administradora de riesgos profesionales a la que se encuentra afiliado el empleador o trabajador independiente, según el caso, al momento de ocurrencia del accidente de trabajo que se reporta.

Código ARP: Añote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la administradora de riesgos profesionales correspondiente.

AFP a la que está afiliado: Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no del Seguro Social en caso negativo, manotee la administradora de fondos de pensiones a la que se encuentra afiliado el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Código AFP o Seguro Social: Añote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la administradora de fondos de pensiones o Seguro Social, según corresponda.

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA.

Identificación del empleador, contratante o cooperativa: Se refiere a los datos de identificación del empleador, contratante o cooperativa, según el caso. Se entiende empleador aquel que tiene como trabajador una persona dependiente, contratante aquel que tiene contrato con un trabajador independiente y cooperativa aquella entidad que puede actuar como empleador o contratante pero para efectos de la presente resolución, se marca X sólo cuando el informe correspondiente a un trabajador independiente, se marca X en la casilla empleador o contratante según lo definido en el presente instructivo.

SEDE PRINCIPAL: Corresponde a los datos del empleador o contratante. En los casos de empresas temporales corresponde a los datos de dicha entidad. Cuando se trate de trabajadores independientes, esta casilla debe ser diligenciada con los datos del contratante.

Nombre de la actividad económica: Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador o contratante, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

Código: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos profesionales, se deberá anotar el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente.

Nombre o razón social: Especifique el nombre o la razón social del empleador o contratante, tal como se encuentra inscrita en la Cámara de Comercio o ente habilitador para tal fin.

Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y anote en el espacio NO., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende NI « NIIT, CC « cédula de ciudadanía, CE « cédula de extranjería, NU = Nup o número único de identificación personal, PA = pasaporte.

Dirección: Escriba la dirección de la sede principal del empleador o contratante.

Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede principal del empleador o contratante.

Fax: Escriba el número de fax de la sede principal del empleador o contratante.

Correo electrónico (e-mail): Anote el correo electrónico del representante del empleador o contratante, o de delegado.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante.

En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a cada departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante ya sea cabecera municipal - Urbana (U) y Resto - Rural (R).

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código según el centro de trabajo establecido en la clasificación, diferente al anterior; 3 al primer centro de trabajo establecido en el accidente, diferente al anterior; 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso.

Indicar en la casilla correspondiente si o no los datos del centro de trabajo correspondiente a la sede principal. En caso negativo se deberán diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el trabajador.

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: Actividad económica a la que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

Código de la actividad económica del centro de trabajo: Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos profesionales.

Dirección: Escriba la dirección de la sede donde se encuentra ubicado el centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

Teléfono: Escriba el número telefónico de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

Fax: Escriba el número de fax de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador, ya sea cabecera municipal - Urbana (U) y Resto - Rural (R).

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

Tipo de vinculación: Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: 1. propia; 2. en misión; 3. cooperada; 4. asociada o aprendiz; 5. independiente. Cuando se trate de trabajador independiente, se deberá anotar el código correspondiente a la actividad económica que desarrolla y debe ser diligenciado por la entidad administradora de riesgos profesionales en el espacio sombreado.

Se entenderá como trabajador de planta aquel que se vincula directamente con la empresa y como trabajador en misión aquel que es suministrado por una empresa temporal.

Se entenderá como trabajador independiente, el que labora por propia cuenta, esto es, sin vínculo laboral. Se deberán tener en cuenta los siguientes conceptos en el Decreto 2800 de 2003. Se entenderá como cooperado aquel que se encuentra asociado a una cooperativa de trabajo asociado.

Apellidos y nombres completos: Especifique los apellidos y nombres del trabajador que sufrió el accidente de trabajo en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

Tipo de identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador que sufrió el accidente de trabajo y anote en el espacio NO., escriba el número correspondiente al tipo de documento que identifica al trabajador que sufrió el accidente de trabajo. Se entiende CC = cédula de ciudadanía, CE = cédula de extranjería, NU = Nup o número único de identificación personal, TI = Tarjeta de Identidad, PA = pasaporte.

Fecha de nacimiento: Escriba la fecha correspondiente, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año).

Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente, M = si el trabajador es masculino o F = si es femenino.

Dirección: Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Teléfono: Escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Fax: Escriba el número de fax del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, si lo tiene.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra la residencia del trabajador que sufrió el accidente de trabajo, cabecera municipal - Urbana (U) y Resto - Rural (R).

Ocupación habitual: Hacer referencia al oficio o profesión que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador que sufrió el accidente.

Código de ocupación habitual: Espacio para ser diligenciado por la administradora de riesgos profesionales, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIC) - 88, hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente: Hacer referencia al tiempo en días y meses en que el trabajador, que sufrió el accidente de trabajo, ha desempeñado su oficio u ocupación habitual.

Fecha de ingreso a la empresa: Hacer referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

Salario u honorarios: Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o de los honorarios (mensuales) cuando se trate de trabajadores independientes, según el caso.

Jornada de trabajo habitual: Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador que sufrió el accidente, 1. diurna; 2. nocturna; 3. mixta (cuando ambos turnos); o 4. por turnos, incluya turnos y disponibilidad.

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

Hora del accidente: Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos (de 0 a 23 horas).

Día del accidente: Marque con una X la casilla correspondiente al día de la semana en que ocurrió el accidente, así:

- LU = Lunes
- MA = Martes
- MI = Miércoles
- JU = Jueves
- VI = Viernes
- SA = Sábado
- DO = Domingo

Jornada en que sucede: Marque con una X la casilla correspondiente, 1. normal si el trabajador al momento del accidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, 2. extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

Estaba realizando su labor habitual: Marque con una X 1. Si o 2. NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente.

Registre en el espacio correspondiente la causa realista y no en la habitual. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales deberá indicar el código correspondiente.

Total tiempo laborado previo al accidente: Colocar la totalidad de las horas y minutos laborados antes de ocurrir el accidente, en el orden establecido en el formato (horas, minutos).

Tipo de accidente: Marque con una X la casilla correspondiente a las circunstancias del accidente según las categorías que se presentan en el formato. Se consideran propios del trabajo aquellos ocurridos durante la ejecución de funciones asignadas u órdenes del empleador y aquellas que no se encuentran en las demás categorías incluidas en este ítem.

Causó la muerte al trabajador: Marque con una X, 1. Si ó 2. NO, según corresponda.

Departamento del accidente: Escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Municipio del accidente: Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el accidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde ocurrió el accidente de trabajo, ya sea cabecera municipal - Urbana (U) y Resto - Rural (R).

Lugar donde ocurrió el accidente: Marque con una X la casilla correspondiente, si el accidente ocurrió en el lugar de trabajo o en un lugar fuera de la empresa. Planteamiento marque con una X en que lugar, de los listados en el formato, ocurrió el accidente. Si el tipo de ocurrido no corresponde a ninguno de los espacios en el formulario, marque con una X otro y especifique el sitio donde ocurrió. Si se trata de lugares fuera de la empresa pero coinciden con el tipo de lugar que se encuentra listado, se marcará igualmente la casilla correspondiente.

1. Almacenes o depósitos: Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o depósito de materias primas, insumos, herramientas, etc.

2. Áreas de producción: Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrolla el proceso productivo de la empresa. Incluye talleres, instalaciones al aire libre, superficies de extracción, socavones, locales de asao, andamios o grúas, laboratorios, oficinas, áreas de producción de servicios, patios de labor, etc.

3. Áreas recreativas o deportivas: Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrollan actividades recreativas o deportivas.

4. Corredores o pasillos: Hace referencia a las áreas comunes dentro de la empresa en las que no se desarrolla el proceso productivo pero en las cuales circulan los trabajadores para su acceso, salida, o entre cada una de ellas.

5. Escaleras: Hace referencia a escaleras fijas, aquellas que hacen parte de la estructura o construcción como áreas comunes y las que no.

6. Parqueadero o áreas de circulación vehicular: Hace referencia a las áreas en las cuales se realiza el parqueo o circulación vehicular de carros o mecanismos de transporte pertenecientes o no a la planta de personal, visitantes o quienes relacionados con el proceso productivo o en general, cuando se trata de lugares fuera de la empresa.

7. Oficinas: Hace referencia a las instalaciones donde funciona la parte administrativa de la empresa. Incluye despachos.

8. Otras áreas comunes: Hace referencia a las áreas en las cuales no se desarrolla el proceso pero que están dentro de la empresa. Incluye estancias, comedores y cocinas, techos y baños. Incluye los pasillos o corredores, escaleras, áreas recreativas y parqueaderos o áreas de circulación vehicular.

9. Otro: Marque con una X esta opción cuando el lugar en el que ocurrió el accidente no corresponde a ninguna de las opciones presentadas en el listado. Indicar el nombre del lugar en el espacio correspondiente.

Tipo de lesión: Marque con una X una de las lesiones listadas en el formato presentadas al trabajador. Si la lesión o daño aparente no corresponde a ninguno de los establecidos en el listado, marque con una X otro y escriba cuál lesión sufrió el trabajador.

10. Fracturas: Incluye las fracturas simples, las fracturas acompañadas de lesiones en partes blandas (fracturas abiertas), las fracturas acompañadas de lesiones en las articulaciones (con luxaciones, etc), las fracturas acompañadas de lesiones internas o nerviosas.

20. Luxación: Incluye las subluxaciones y los desplazamientos de articulaciones. Excluye las luxaciones con fractura, las cuales deberán indicarse en el ítem de fractura.

25. Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o de tendón, sin herida: Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias producidas por esfuerzos, roturas, raspaduras y laceraciones de tendones, de ligamentos y articulaciones, a menos que vayan asociadas a heridas abiertas, caso en el cual se indicará sólo en el ítem de herida.

30. Comoción o trauma interno: Incluye las contusiones internas, las hemorragias internas, los desplazamientos internos, las roturas internas, a menos que vayan acompañadas de fracturas, las cuales deberán indicarse en el ítem correspondiente a fractura.

40. Amputación o enucleación: Hace referencia a cualquiera de las dos condiciones listadas en el ítem, así por amputación o desprendimiento de alguna parte del cuerpo. Ej: miembros superiores, inferiores o alguna parte de los miembros, a cualquier nivel o por enucleación = extrusión o pérdida traumática del ojo, incluye avulsión traumática del ojo.

41. Herida: Incluye desgarramientos, cornduras, heridas contusas, heridas de cuero cabelludo, así como avulsión de uña o de oreja, o heridas acompañadas de lesiones de nervios, así como también mordidas así consecuencias en órganos internos o generalizadas como embalamiento evidente, pero que no sean superficiales. Excluye amputaciones traumáticas, enucleación, pérdida traumática del ojo, fracturas abiertas, quemaduras con herida, heridas superficiales y pinchazos o punciones (por animales o por objetos).

50. Trauma superficial: Incluye heridas superficiales, escoriaciones, rasguños, ampollas, picaduras de insectos no venenosas, puniadas o pinchazos por objetos, con o sin salida de sangre, cualquier lesión superficial, laceración o herida en el ojo o párpados por inclusión de alguna partícula o elemento. Excluye enucleación y heridas profundas o severas en el ojo.

55. Golpe o contusión o aplastamiento: Incluye hematomas (colección de sangre en articulaciones), hematomas (colección de sangre en tejidos blandos), machucaduras, las contusiones y aplastamientos con heridas superficiales. Excluye contusiones, contusiones y aplastamientos por fracturas, contusiones y aplastamientos con heridas.

60. Quemadura: Incluye las quemaduras por objetos calientes, por fuego, por líquido hirviendo, por fricción, por radiaciones (infrarrojas), por sustancias químicas (quemaduras químicas), quemaduras eléctricas y quemaduras por herida. Excluye quemaduras causadas por la absorción de una sustancia corrosiva o cáustica, las quemaduras causadas por el sol, los efectos del rayo, las quemaduras causadas por el contenido eléctrico, y los efectos de las radiaciones diferentes a quemaduras.

70. Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia: Incluye los efectos agudos de la inyección, ingestión, absorción o inhalación de sustancias tóxicas, corrosivas o cáusticas así como efectos de picaduras o mordeduras de animales venenosos, asfixia por óxido de carbono u otros gases tóxicos. Excluye las quemaduras químicas o químicas y picaduras o mordeduras que sólo ocasionan punición o herida.

80. Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente: Incluye efectos del frío (heladas), efectos del calor y de la insolación (quemaduras por el sol, acortamiento, insolación), traumatismos o efectos de la altitud o de la descompresión, efectos del rayo, traumatismos sonoros o pérdida o disminución del oído, que no sean consecuencia de otra lesión.

81. Asfixia: Incluye ahogamiento por sumersión o inmersión, asfixia o asfoecación por compresión, por oclusión o por asfixiación; compresión ligamentaria, asfoecación o reducción del oxígeno de la atmósfera ambiental y asfixia por penetración de cuerpos extraños en las vías respiratorias. Excluye asfixia por óxido de carbono u otros gases tóxicos.

82. Efecto de la electricidad: Incluye la electrocución, el choque eléctrico y las quemaduras causadas por el corriente eléctrica. Excluye las quemaduras causadas por las partes calientes de un aparato eléctrico y los efectos del rayo (en cualesquiera de sus formas como quemaduras).

83. Efecto no vivo de la radiación: Incluye los efectos causados por rayos X, sustancias radiactivas, rayos ultravioleta, radiaciones ionizantes. Excluye las quemaduras debidas a radiaciones y las radiaciones por el sol.

90. Lesiones múltiples: Este grupo sólo debe ser utilizado para clasificar los casos en los cuales la víctima, habiendo sufrido varias lesiones de tipo de lesión diferentes, ninguna de estas lesiones se ha manifestado más grave que las demás.

Cuando en un accidente que ha provocado lesiones múltiples de tipo de lesión diferente, una de ellas es más grave que las demás, este accidente debe clasificarse en el grupo correspondiente al respectivo tipo de lesión que cause mayor gravedad.

99. Otro: Marque X en esta casilla cuando la lesión no corresponde a ninguna de las listadas en el formato.

Parte del cuerpo aparentemente afectada: Marque con una X la parte del cuerpo aparentemente afectada por el accidente. Si existe más de una parte afectada sólo se debe marcar la casilla que corresponda a la lesión que se manifiesta como más grave que las demás, si ninguna de ellas tiene esta característica debe marcar la casilla correspondiente a lesiones múltiples.

Si la parte afectada no corresponde a ninguna de las establecidas en el formato, marque con una X en lesiones generales u otras, así como también se marcará esta casilla cuando se presenten repugnancias orgánicas de carácter general sin lesiones aparentes (ej: envenenamiento), excepto cuando repugnancias orgánicas son la consecuencia de una lesión localizada (ej: fractura de columna vertebral con lesiones en médula espinal en la cual se debe marcar tronco o cuello según el sitio de la lesión).

1. Cabeza: Incluye región craneana, oreja, boca (labios, dientes, lengua), nariz, ublicaciones múltiples en la cabeza y cara. Excluye ojo.

1.12. Ojo: Incluye uno o ambos ojos, la órbita y el nervio óptico.

2. Cuello: Incluye garganta y vértebras cervicales.

3. Tronco: Incluye espalda (columna vertebral y músculos adyacentes), médula espinal, ubicaciones múltiples y ubicaciones cercanas a las mencionadas y pivés. Se excluye tórax y abdomen.

3.32. Tórax: Incluye costillas, esternón, órganos internos del tórax.

3.32. Abdomen: Incluye órganos internos.

4. Miembros superiores: Incluye hombro, codo, muñeca, omoplato, brazo, codo, antebrazo, muñeca, ubicaciones múltiples no precisadas en ellos. Excluye manos y dedos.

4.46. Mano: Incluye dedos. Excluye muñeca o pulso.

5. Miembros inferiores: Incluye cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, ubicaciones múltiples y no precisadas.

5.96. Pies: Incluye dedos.

6. Ubicaciones múltiples: Esta casilla sólo se marca cuando existen lesiones en diferentes partes del cuerpo pero ninguna de ellas se supera en gravedad.

7. Lesiones generales u otras: Incluye aparato circulatorio en general, aparato respiratorio en general, aparato digestivo en general, sistema nervioso en general, otras lesiones generales y lesiones generales no precisadas.

Agente del accidente: Marque con una X el elemento del que directamente se lesionó el trabajador en el momento del accidente. Si el elemento no corresponde a ninguno de los establecidos en el formato, marque con una X Otro y escriba cuál fue el elemento con el que directamente se lesionó.

1. Máquinas y/o equipos: Incluye generadores de energía con captación de motores eléctricos, sistemas de transmisión (tales como correas, cadenas, poleas, cadenas, engranajes, árboles de transmisión), máquinas para el trabajo del metal (tales como prensas mecánicas, tornos, resadoras, rectificadores, muelas, cilindros, fresadoras, laminadoras), máquinas para trabajar la madera y otros materiales similares (tales como sierras, máquina de molinivar, cepilladoras), máquinas agrícolas (tales como segadoras, trilladoras), máquinas para el trabajo en las minas, máquinas para desmontes, excepto al correspondiente a medios de transporte, máquinas de industria textil, máquinas para manufactura de productos alimenticios y bebidas, máquinas para fabricación de papel, etc.

2. Medios de transporte: Incluye aparatos de trax (grúas, ascensores, montacargas, cablestratas, poleas), medios de transporte rodante, medios de transporte con o sin motor, por vía férrea, rodante, aérea, acuática, etc., equipos de transporte por vía férrea, ascensores, grúas, montes, fogones, estufas, plantas refrigeradoras, instalaciones eléctricas, incluidas los motores eléctricos, escaleras móviles, rampas móviles, andamios, hornas eléctricas manuales.

3. Aparatos: Incluye recipientes de presión (tales como calderas, cafeteras, cilindros de gas, ventilación, bombas, fogones, estufas, plantas refrigeradoras, instalaciones eléctricas, incluidos los motores eléctricos, escaleras móviles, rampas móviles, andamios, hornas eléctricas manuales).

3.36. Herramientas, implementos o utensilios: Incluye herramientas manuales accionadas o no mecánicamente, conexes, elementos de esportiro, etc. Se excluyen herramientas eléctricas manuales, que se incluyen en el ítem aparatos.

4. Materiales o sustancias: Incluye explosivos, polvos, gases, líquidos y productos químicos, fragmentos volantes y otro tipo de materiales y sustancias, excepto radiaciones.

4.4. Radiaciones: Incluye todo tipo de radiaciones ionizantes y no ionizantes.

5. Ambiente de trabajo: Incluye en el exterior (condiciones climáticas, superficies de tránsito y trabajo, agua), en el interior (pisos, escaleras fijas o de la estructura, rampas de estructura, espacios exiguos, otras superficies de tránsito y de trabajo, aberturas en el suelo y paredes, factores que crean el ambiente (tales como alumbado, ventilación, temperatura, ruido), subterráneas (tales como trabajo y resquebrajados de galerías, de túneles, frentes de minas, luego, agua). Se excluyen escaleras móviles, rampas móviles y andamios, que se incluyen en el ítem de aparatos o elementos de esportiro que se deben incluir en herramientas o utensilios.

6. Otros agentes no clasificados: Marque X en esta casilla cuando no corresponde a los elementos establecidos en el listado del formato.

6.01. Animales: Incluye animales vivos y productos de animales.

7. Agentes no clasificados por falta de datos: Sólo marque esta casilla cuando no se conozca o no haya sido suministrada la información sobre el agente del accidente ni por el trabajador o personas que presenciaron el accidente.

Mecanismo o forma del accidente: Marque X en la casilla que corresponde al tipo de mecanismo o forma en la cual sucedió el accidente. Si no se encuentra en el listado, marque X en otro y especifique el mecanismo o forma ocurrida. Si se encuentran distintos mecanismos ocurridos en forma simultánea, sólo marque aquel que se considere como principal o de mayor gravedad.

1. Caída de personas: Incluye caída de personas con desviación (caída desde altura) y en profundidades (tales como pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo) y caídas de personas que ocurren al mismo nivel.

2. Caída de objetos: Incluye derrumbos, desplomes (tales como de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de marcanetas), caída de objetos en curso de manipulación manual, etc.

3. Pisadas, choques o golpes: Incluye pisadas sobre objetos, choques contra objetos móviles o inmóviles o golpes por objetos móviles (comprendidos fragmentos volantes y partículas). Excluye golpes por objetos que caen.

4. Atrapamientos: Incluye atrapado por un objeto móvil, atrapado entre un objeto inmóvil y un objeto móvil, atrapado entre dos objetos móviles. Excluye atrapamientos por objetos que caen.

5. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento: Incluye esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos, empujar objetos o tirar de ellos, al manejar o lanzar objetos y falsos movimientos.

6. Exposición o contacto con temperatura extrema: Incluye exposición al calor de la atmósfera o ambiente del trabajo, exposición al frío de la atmósfera o ambiente de trabajo, contacto con sustancias u objetos ardientes y contacto con sustancias u objetos muy fríos.

Exposición o contacto con la electricidad: Se refiere a cualquier tipo de exposición con la electricidad.

Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras: Incluye contacto por inhalación, ingestión o por absorción con sustancias nocivas, exposición a radiaciones ionizantes o otras radiaciones. Incluye también contacto con sustancias nocivas cuando sea en la forma de salpicaduras.

Otro: Marque X en esta casilla cuando no corresponde a los mecanismos que se encuentran en el listado.

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Descripción del accidente: En este espacio describe en forma breve el hecho que originó el accidente y el mecanismo de ocurrencia, involucrando todo lo que considere importante.

Personas que presenciaron el accidente: Marque X en la casilla correspondiente, si o no, hubo personas que presenciaron el accidente. En caso afirmativo, escriba los apellidos y nombres de las personas que presenciaron el accidente, su tipo y número de