

FO-M9-P3-04-VO1

CIRCULAR INTERNA No. 539108

1.210-13.1 – 539108

Santiago de Cali, 16 de septiembre de 2020

PARA: Rectores de Instituciones Educativas de los 34 municipios no certificados del Valle del Cauca.

DE: Subsecretaria Administrativa y Financiera de la Secretaria de Educación del Valle del Cauca.

Asunto: Información ARL y Reporte de Accidente Laboral de Docentes y Directivos Docentes

Como es de conocimiento de los directivos docentes y docentes, la FIDUPREVISORA S.A., es la administradora de los recursos y vocera del patrimonio autónomo Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, dadas las siguientes consideraciones:

La Ley 91 de 1989, creó "(...) el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del magisterio, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional (...)"

El artículo 5 de la Ley 91 de 1989, determinó entre otros, los objetivos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio así:

(...) El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tendrá los siguientes objetivos:

1. - Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado.
2. - Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo (...)

Es claro entonces, que la cobertura de Riesgos Laborales del personal del magisterio está a cargo de la Fiduprevisora, a través de los operadores contratados por dicha entidad para tal fin, en este caso la empresa GERIZIM que tiene a cargo el componente de salud ocupacional.

Así las cosas, en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución 1401 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes laborales. En este entendido, la Secretaria de Educación Departamental se permite recordar la ruta a seguir en caso de accidentes laborales de directivos docentes y docentes adscritos a las instituciones educativas de los municipios no certificados en educación:

1.- Se debe disponer por parte del Rector de la I. E, la atención inmediata del docente accidentado y, a través de la Brigada de Emergencias, brindar los primeros auxilios cuando fuere necesario.

Así mismo, deberá conformar el registro fotográfico, con al menos dos fotografías tomadas como evidencia del accidente laboral, antes de mover al docente del sitio donde ocurrió el accidente.

2.- El Rector deberá reportar el accidente a la línea telefónica 5185000 de la ciudad de Cali, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del mismo.

3.- El Rector diligenciará y firmará el formato FURAT de reporte de accidente laboral de trabajo y entrega una copia del mismo al docente afectado.

4.- El docente accidentado se debe dirigir a la IPS de acuerdo al siguiente directorio.

CIUDAD O MUNICIPIO	TIPO DE SED E	NOMBRE DE IPS	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
Buenaventura	A	CENTRO MEDICO COSMITET - 2.BUENAVENTURA	Cra 47 # 4 - 02 Primer Piso Sector B	2421880 EXT 3056	dir_med_btura_mag@cosmitet.net
Cali	A	CENTRO MEDICO EL BOSQUE	Cra 40 No. 5C-46	5185000 - 5134101	coordinacionmedicamagisterio@cosmitet.net

CIUDAD O MUNICIPIO	TIPO DE SEDE	NOMBRE DE IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
Cali	A	COSMITET LTDA - FOMENTO DE LA SALUD	Cra 41 No. 5C-51	5185000 - 3964541	coordinacionmedicamagisterio@cosmitet.net
Cartago	B	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES	Cra 1 No. 15-36	2145555	Coordinacion.cartago@cosmitet.net
Guadalajara de Buga	B	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES	Calle 3 No. 16-29	2273624	coordinacion_buga@cosmitet.net
Jamundí	C	CENTRO MEDICO JAMUNDI, COSMITET LTDA	Cra 14 A # 17 - 31	5901343	sede_jamundi@cosmitet.net
Palmira	B	7652004064- CENTRO MEDICO PALMIRA	Cra 32 No. 30-63	2701997	coordinacionpalmira@cosmitet.net
Roldanillo	D	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA.	Calle 10 No. 6-21	2490600	roldanillo@cosmitet.net
Sevilla	D	COORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA COSMITET LTDA	Cra 49 # 51 - 70	2196475	coordinacion_sevilla@cosmitet.net
Tuluá	B	COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES.	Cra 40 la Variante SN 3-70	2258858	coordinacion_tulua@cosmitet.net
Yumbo	C	CENTRO MEDICO COSMITE LTDA YUMBO	Cra 4 # 3 - 23	6588563	coordinacionmedicoca.yumbo@cosmitet.net
Zarzal	D	CENTRO MEDICO COSMITET - ZARZAL	Calle 9 No. 7 - 44	2207096	coordinacion_zarzal@cosmitet.net
Pradera	D	CENTRO MEDICO EL BOSQUE	Compromiso de apertura sede en 30 días	5185000	coordinacionmedicamagisterio@cosmitet.net
Florida	D	CENTRO MEDICO EL BOSQUE	Compromiso de apertura sede en 30 días	5185000	coordinacionmedicamagisterio@cosmitet.net

5.- El docente afectado, una vez sea atendido en la IPS, enviará vía correo electrónico al Rector, la historia clínica, incapacidad si aplica y fotocopia de su cedula de ciudadanía,

6.- El Rector enviará los siguientes documentos escaneados, a los correos electrónicos autorizados por la Secretaría de Educación Departamental: gluzalba@gmail.com y jmera@valledelcauca.gov.co :

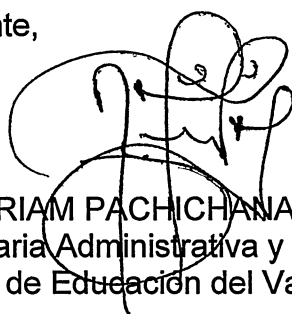
- a) Oficio firmado donde manifieste lo ocurrido el día del evento.
- b) Reporte Furat del accidente laboral diligenciado en su totalidad incluyendo teléfono, dirección y correo electrónico del docente accidentado y debidamente firmado por él.
- c) Fotocopia de la cedula de ciudadanía del docente accidentado.
- d) Historia clínica del docente accidentado
- e) Incapacidad otorgada al docente, si aplica.

7. La Secretaría de Educación una vez recibida la información, revisa que todos los documentos estén bien diligenciados y completos procediendo a la remisión a la empresa GERIZIM de la documentación, para que se realice la entrevista y la investigación del accidente laboral.

8.- La Empresa GERIZIM hace la entrevista y la investigación del accidente laboral y envía el informe a la Secretaría de Educación Departamental, a los correos gluzalba@gmail.com y jmera@valledelcauca.gov.co.

9.- Finalmente la Secretaria de Educación Departamental escanea todos los documentos requeridos por COSMITET y los remite a dicha entidad vía correo electrónico, para que proceda a la calificación de pérdida de capacidad laboral, si aplica.

Atentamente,



AURA MYRIAM PACHICHANA MARTINEZ
Subsecretaria Administrativa y Financiera
Secretaría de Educación del Valle del Cauca

Trscribió: Luz Alba Quiceno López – Profesional Contratista
Revisó: Luz Stella Henao Cortes- Profesional Especializado Contratista
Archívese en: Circulares – Circulares informativas

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO APP O SEGURO SOCIAL			
SEGURO SOCIAL		SI	☐	NO	☐
CUÁL					
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA					
TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐					
SEDE PRINCIPAL					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA				CÓDIGO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
		NI ☐ CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ PA ☐			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	ZONA
				U ☐	R ☐
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☐ SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO.					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	
				U ☐	R ☐
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ					
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ CÓDIGO (5)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO	
CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA ☐				SEXO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	CARGO
				U ☐	R ☐
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
				D D M M	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
D D M M A A A A				(1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) 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	
D D M M A A A A		H H M M		LU MA MI JU VI SA DO	
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CÓDIGO	
(1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐		(1) SI ☐ (2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)			
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		TIPO DE ACCIDENTE		(4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐	
H H M M		(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRANSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐			
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
(1) SI ☐ (2) NO ☐				ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
				U ☐ R ☐	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		(1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐			
INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)		TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)			
(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) ☐		(10) FRACTURA ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA ☐ (20) LUXACIÓN ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA ☐ (81) ASFIXIA ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (41) HERIDA ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐ (99) OTRO. (Especifique) ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO ☐ (60) QUEMADURA ☐			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)		MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
☐ (1) CABEZA ☐ (1.12) OJO ☐ (2) CUELLO ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐ (3.32) TÓRAX ☐ (3.33) ABDOMEN ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (4.46) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.56) PIES ☐ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS		☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (4.4) RADIACIONES ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUERZO, 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, RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (9) OTRO. (Especifique)	
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ? (Responda a las preguntas qué pasó, cuándo, dónde, cómo y por qué)		HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☐ NO ☐ EN CASO DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:			
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
		CARGO		CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA ☐	
				No.	
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
		CARGO		CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA ☐	
				No.	
		PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)			
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
		CARGO		CC ☐ CE ☐ N.U. ☐ TI ☐ PA ☐	
				No.	
		FIRMA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE	
				D D M M A A A A	

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO

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

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

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

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

ARL a la que está afiliado: Hace referencia a la administradora de riesgos laborales 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 ARL: Anote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la administradora de riesgos laborales 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, mencione 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: Anote 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: e 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 corresponda a un asociado; en caso contrario, se marcará X en la casilla empleador o contratante según lo definido en el presente

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 vigentes para el Sistema General de riesgos laborales.

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

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= Nit, CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU= Nuip 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 su delegado.

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

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

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 de Código la administradora de riesgos laborales anotará el número de código así: 1 si el centro de trabajo es único o corresponde a la misma sede principal; 2 al primer centro de trabajo establecido en la afiliación, diferente al anterior; 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso. Indicar en la casilla correspondientes sí o no los datos del centro de trabajo corresponden a la sede principal. En caso negativo se deberán diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: Actividad económica a 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 laborales.

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

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

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.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede o el centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

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. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de vinculación: Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: (1) planta, (2) en misión, (3) cooperado, (4) estudiante 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 laborales en el espacio sombreado. Se entenderá como trabajador de planta aquel que tiene vinculación directa 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 cuenta propia, esto es, sin vínculo laboral. Se deberán tomar en cuenta los términos establecidos 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 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=Nuip o número único de identificación personal, TI= Tarjeta de identidad, PA= pasaporte.

Fecha de nacimiento: Escriba la fecha correspondiente, en el orden en 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

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.

Municipio: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente de trabajo.

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: Hace 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 laborales, según la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO- 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: Hace referencia al tiempo en días y meses en que el trabajador, que sufrió el accidente de trabajo, ha desempeñado su oficio u ocupación habitual; se refiere a la experiencia del trabajador en su oficio u ocupación habitual, independientemente del tiempo de vinculación a la empresa actual.

Fecha de ingreso a la empresa: Hace 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) diurno, (2) nocturno, (3) mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a

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, o (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 cuál labor realizaba si no era la habitual. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales deberá indicar el código correspondiente.

Total Tiempo laborado previo al accidente: Colocar la totalidad de las horas y minutos laborados antes de ocurrido 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.

Recuerde: Si en el accidente de trabajo que está reportando estuvo involucrado al menos un vehículo en movimiento, por favor seleccione la opción TRÁNSITO.

Causó la muerte al trabajador: Marque con una X, (1) SI o (2) NO, según corresponda.

Departamento del accidente: Escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente.

Municipio del accidente: Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el accidente.

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 sufrido por el trabajador se produjo (1) dentro o (2) fuera de la empresa. Posteriormente marque con una X en qué lugar, de los listados en el formato, ocurrió el accidente. Si el sitio de ocurrencia no corresponde a ninguno de los expuestos 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 aseo, andamios o grúas, laboratorios, cultivos, área 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 área común. Se excluyen escaleras móviles.

(6) Parquaderos 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 aquellos 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 estructuras, comedores y cocinas, techos y baños. Excluye los pasillos o corredores, escaleras, áreas recreativas y parquaderos o áreas de circulación vehicular.

(9) Otro: Marque con una X esta opción cuando el lugar en el que ocurrió el accidente no corresponda 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 cuál de las lesiones listadas en el formato presentó el 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.

Fractura: 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.

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

Torcedura, esguince, desgarró 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, rasgaduras 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.

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

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

Herida: Incluye desgarramientos, cortaduras, heridas contusas, heridas de cuero cabelludo, así como avulsión de uña o de oreja, o heridas acompañadas de lesiones de nervios, así como también mordeduras sin consecuencias en órganos internos o generalizados como envenenamiento 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).

Trauma superficial: Incluye heridas superficiales, excoriaciones, rasguños, ampollas, picaduras de insectos no venenosos, punciones 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.

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

Quemadura: Incluye las quemaduras por objetos calientes, por fuego, por líquido hirviendo, por fricción, por radiaciones (infrarrojas), por sustancias químicas (quemaduras externas solamente) y quemaduras con 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 la corriente eléctrica, y los efectos de las radiaciones diferentes a quemaduras.

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 externas por sustancias químicas y picaduras o mordeduras que sólo ocasionan punción o heridas.

Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente: Incluye efectos del frío (heladuras), efectos del calor y de la insolación (quemaduras por el sol, acaloramiento, insolación), barotraumatismos 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.

Asfixia: Incluye ahogamiento por sumersión o inmersión, asfixia o sofocación por comprensión, por derrumbe o por estrangulación; comprende igualmente asfixia por supresión 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.

Efecto de la electricidad: Incluye la electrocución, el choque eléctrico y las quemaduras causadas por la corriente eléctrica. Excluye las quemaduras causadas por las partes calientes de un aparato eléctrico y los efectos del rayo (las cuales deben ser incluidas como quemaduras).

Efecto nocivo de la radiación: Incluye los efectos causados por rayos X, sustancias radiactivas, rayos ultravioletas, radiaciones ionizantes. Excluye las quemaduras debidas a radiaciones y las causadas por el sol.

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.

Otro: Marque X en esta casilla cuando la lesión no corresponda 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 repercusiones orgánicas de carácter general sin lesiones aparentes (ej: envenenamiento), excepto cuando repercusiones 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).

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

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

Cuello: Incluye garganta y vértebras cervicales.

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

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

Abdomen: Incluye órganos internos.

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

Manos: Incluye dedos. Excluye muñeca o puño.

Miembros Inferiores: Incluye cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, ubicaciones múltiples y no

Pies: Incluye dedos.

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

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 con el 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.

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

Medios de transporte: Incluye aparatos de izar (grúas, ascensores, montacargas, cabrestantes, poleas), medios de transporte rodante, medios de transporte con o sin motor, por vía férrea, rodantes, aérea, acuática, etc. equipos de transporte por vía férrea usados en industria, galerías, minas, canteras, etc., vehículos de tracción animal, carretillas y medios de transporte por cable.

Aparatos: Incluye recipientes de presión (tales como calderas, cañerías, cilindros de gas, equipo de buzo), hornos, fogones, estufas, plantas refrigeradoras, instalaciones eléctricas incluidos los motores eléctricos, escaleras móviles, rampas móviles, andamios, herramientas eléctricas manuales.

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

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

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

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 exigüos, otras superficies de tránsito y de trabajo, aberturas en el suelo y paredes, factores que crean el ambiente (tales como alumbrado, ventilación, temperatura, ruido), subterráneos (tales como trabajos y revestimientos de galerías, de túneles, frentes de minas, fuego, agua). Se excluyen escaleras móviles, rampas móviles y andamios, que se incluyen en el ítem de aparatos o elementos de escritorio que se deben incluir en herramientas o utensilios.

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

Animales: Incluye animales vivos y productos de animales.

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 corresponda 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 diferentes mecanismos ocurridos en forma simultánea, sólo marque aquel que se considera como principal o de mayor gravedad.

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

Caída de objetos: Incluye derrumbes, desplomes (tales como de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de mercancías), caídas de objetos en curso de manutención manual, etc.

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

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

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.

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

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 u otras radiaciones. Incluye también contacto con sustancias nocivas cuando sea en la forma de salpicaduras.

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

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Descripción del accidente: En este espacio describa 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, sí 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 documento de identidad y el cargo que desempeña en la empresa.

Persona responsable del informe: Escriba los apellidos y nombres de la persona responsable de diligenciar el informe, sea este el representante o delegado y el cargo en la empresa, con su respectiva

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente: Escriba la fecha en la cual está informando el accidente sucedido al trabajador, en el orden que se especifica en el formato (día, mes, año).