



EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO		SEGURO SOCIAL (Indicar Nombre AFP si no es el Seguro Social)			CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL (1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		SEDE PRINCIPAL NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA			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 U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					CÓDIGO
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SOLO 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 U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
TIPO DE VINCULACIÓN (1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		(5) CÓDIGO <input type="checkbox"/>			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No.		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
FECHA DE REGreso A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
D D M M A A A A				(1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
D D M M A A A A		H H M M		LU MA MI JU VI SA DO	
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO? CUÁL _____		CÓDIGO	
TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (4) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		H H M M	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DE ACCIDENTE	
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>	
INDIQUE CUÁL SITIO: <input type="checkbox"/> (1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____					
TIPO DE LESIÓN: ( MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)					
<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE: _____					
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:					
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TORAX <input type="checkbox"/> (4.45) MANOS <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES					
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR*					
<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (44) RADIACIONES					
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:					
<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____					
DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE.					
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE					
Hubo personas que presenciaron el accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo diligenciar la siguiente información:					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.		CARGO	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.		CARGO	
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
CARGO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA		
	D D M M A A A A				

- ORIGINAL: I.P.S. - E.P.S. -

FORMA ARL0156P - MAYO-2014

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGIAMIENTO 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 indicadas, con letra clara o a máquina de escribir.

**NOTA:** No llene los espacios sombreados. Estos únicamente deben ser diligenciados por la entidad administradora de riegos laborales (ARL).

**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 independientemente 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 quien 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. IDENTIFICACION 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 solo cuando el informe corresponda a un asociado; en caso contrario, se marcara 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=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 del representante del empleador o contratante, o su 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 Laborales anotara 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 principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de Riesgos Laborales anotara 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 de Código la Administradora de Riesgos Laborales anotara el numero 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 centro de trabajo que corresponda.

**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 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 Laborales anotara 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 Laborales anotara el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social del 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. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

**Tipo de vinculación:** Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador de (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 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 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 laborales anotara 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 Laborales anotara 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:** 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 profesionales, 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.

**Fecha de ingreso a la empresa:** Hace referencia al día, mes y año en que se vinculo 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 disponibilidad.

## III. INFORMACION 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, DP=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 SI ó (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 cual labor realizaba si no era 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 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 incluidos 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 Laborales anotara el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definido 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 Laborales anotara 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 sufrido por el trabajador se produjo (1) dentro ó (2) fuera de la empresa. Posteriormente marque con una X en que 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 marcara igualmente la casilla correspondiente.

(1)Almacenes o depósitos: Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o deposito 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 aseó, 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 y 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)Parqueaderos 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 están dentro de la empresa, incluye estructuras, comedores y cocinas, techos y baños. Excluye 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 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 cual de las lesiones listadas en el formato presento 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 cual 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 la fractura.

**Torcedura, esguince, desgarró muscular, hernia o laceración de musculo o de tendón, sin herida:** Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias produidas por esfuerzos, roturas, rasgadas y laceraciones de tendones, de ligamentos y articulaciones, a menos que vayan asociadas a heridas abiertas, caso en el cual se indicara solo 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 vaya 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 del cuero cabelludo, así como avulsión de uña o de oreja, o heridas acompañadas de lesiones de nervios, así como también mordeduras sin consecuencias de 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 confusión o aplastamiento:** Incluye hemartrosis (colección de sangre en articulaciones), hematomas (colección de sangre en tejidos blancos), 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 (infrarrojos), por sustancias químicas (quemaduras externas solamente) y quemaduras con herida. Excluye quemaduras causadas por la absorción de una sustancia corrosiva o caustica, las quemaduras causadas con el sol, los efectos del rayo, las quemaduras causadas por la corriente eléctrica, y los efectos de las radiaciones diferentes a quemaduras.