Procedimiento para la Atención y Reporte de Accidentes de Trabajo

A continuación usted encontrará los procedimientos a seguir en caso de accidente de trabajo:

1. Ocurrido el accidente de trabajo, diríjase a su jefe inmediato.

2. Comuníquese con Asistencia AXA COLPATRIA.
   Orientación telefónica atendida por médicos las 24 horas del día, los 365 días al año.
   En caso de emergencia llame a los teléfonos:
   Bogotá: PBX: 423 5757 / Opción 1
   Resto del país: 01 8000 514045 / 46
   Celular: 315 335 6333
   #247
   Allí debe proporcionar del trabajador accidentado los siguientes datos:
   - Nombre
   - Número de identificación
   - Tipo de accidente y estado de salud
   - Lugar donde se encuentra ubicado

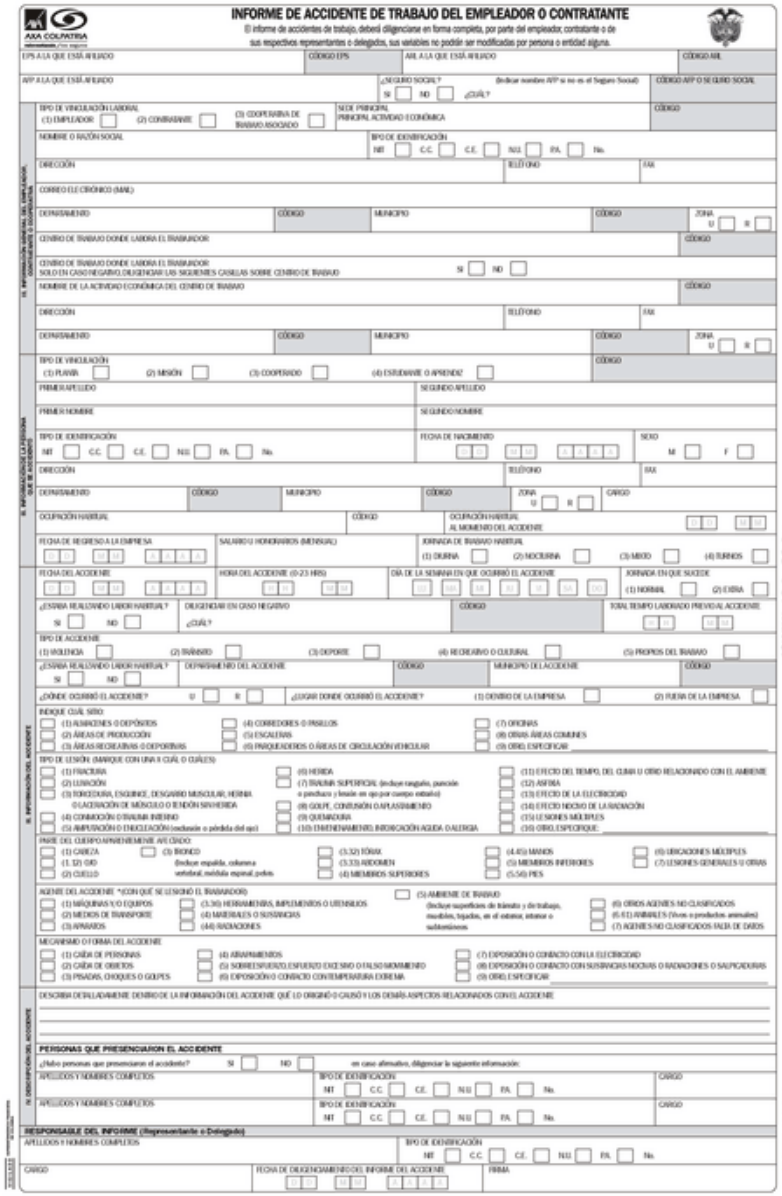
   De esta forma se autorizará la atención y el direccionamiento del trabajador al centro de atención más cercano, de acuerdo a su situación.

3. Diligencie completamente el Reporte de Accidente de Trabajo, como aparece en el modelo guía. Si cuenta con usuario del portal transaccional ingresar por: **www.axacolpatria.co**; seleccione en el menú ARL / Formato de Reporte de Accidente; y diligencie la información.

4. Diríjase al centro asistencial, allí debe entregar el documento de identificación, el carnet de afiliación a ARL AXA COLPATRIA y el formulario del Reporte de Accidente de Trabajo.

   La primera copia debe ser radicada en las oficinas de ARL AXA COLPATRIA, la segunda copia del formulario corresponderá al Empleador. (No aplica para los accidentes grabados por Internet).

5. Finalmente, haga llegar el Reporte de Accidente de Trabajo simultáneamente a ARL AXA COLPATRIA (Av. 15 No. 104–33) y a la EPS en que se encuentre afiliado el trabajador accidentado, dentro de los dos días hábiles siguientes, después de ocurrido el evento. Dando cumplimiento a la normatividad vigente colombiana.



AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidentes de trabajo, deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO EPS | ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO | ¿SEGURO SOCIAL? SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL? (Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social) | CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

II. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐ | SEDE PRINCIPAL PRINCIPAL ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIU ☐ PA ☐ No.
DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)
DEPARTAMENTO | CÓDIGO | MUNICIPIO | CÓDIGO | ZONA U ☐ R ☐
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR | CÓDIGO
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR SOLO EN CASO NEGATIVO, DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO | SI ☐ NO ☐
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO | CÓDIGO
DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX
DEPARTAMENTO | CÓDIGO | MUNICIPIO | CÓDIGO | ZONA U ☐ R ☐

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE ACCIDENTADA

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☐ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ | CÓDIGO
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIU ☐ PA ☐ No. | FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A | SEXO M ☐ F ☐
DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX
DEPARTAMENTO | CÓDIGO | MUNICIPIO | CÓDIGO | ZONA U ☐ R ☐ | CARGO
OCUPACIÓN HABITUAL | CÓDIGO | OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE
FECHA DE REGRESO A LA EMPRESA D D M M A A A A | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

IV. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE D D M M A A A A | HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) | DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐
¿ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? SI ☐ NO ☐ | DILIGENCIAR EN CASO NEGATIVO ¿CUÁL? | CÓDIGO | TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE
TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTE ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐
¿ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? SI ☐ NO ☐ | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE | CÓDIGO | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE | CÓDIGO
¿DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? U ☐ R ☐ | ¿LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐
INDIQUE CUÁL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (5) ESCALERAS ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (7) OFICINAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (9) OTRO, ESPECIFICAR
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES): (1) FRACTURA ☐ (2) LUXACIÓN ☐ (3) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA ☐ (4) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ (5) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo) ☐ (6) HERIDA ☐ (7) TRAUMA SUPERFICIAL (incluye raspado, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐ (8) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO ☐ (9) QUEMADURA ☐ (10) ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA ☐ (11) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE ☐ (12) ASFIXIA ☐ (13) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ (14) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☐ (15) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (16) OTRO, ESPECIFIQUE
PARTE DEL CUERPO AMPLIAMENTE AFECTADA: (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 ☐ (4.45) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.54) PIES ☐ (6) LOCALIZACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS ☐
AGENTE DEL ACCIDENTE *(CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR): (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (44) RADIACIONES ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, techos, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS FALTA DE DATOS ☐
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE: (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBREESFUERZO, 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 RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (9) OTRO, ESPECIFICAR

V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

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 ☐ NO ☐ en caso afirmativo, diligenciar la siguiente información:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIU ☐ PA ☐ No. | CARGO
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIU ☐ PA ☐ No. | CARGO

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ NIU ☐ PA ☐ No.
CARGO | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE D D M M A A A A | FIRMA

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

ARL-FO-01-GP JULIO 2005

Es de gran importancia, que el responsable de diligenciar el Reporte de Accidente de Trabajo, llene completamente las casillas autorizadas por ARL AXA COLPATRIA (ver guía).

1. **Identificación general del Empleador, Contratante o Cooperativa**
   En este espacio están relacionados los datos de mayor importancia sobre la empresa en la que se encuentra vinculado el trabajador accidentado.

2. **Información de la persona que se accidentó**
   Anexe la hora y día del accidente. Es importante que los datos sobre el trabajador sean claros y no pasen por alto el salario devengado ni la EPS a la cual pertenece.

3. **Información sobre el accidente**
   - Lesión o daño aparente sufrido por el trabajador.
   - Parte(s) o área(s) del cuerpo aparentemente afectada(s).
   - Agente con que se lesionó el trabajador.
   - Mecanismo o forma del accidente.

4. **Descripción del accidente**
   Relate clara y brevemente lo sucedido antes, durante y después del accidente de trabajo; teniendo presente los siguientes puntos:
   - Labor realizada por el trabajador
   - Descripción del accidente.
   - Posibles daños.
   - Agente que ocasiono la lesión,
   - Posibles daños ocasionados al trabajador.

Recomendaciones

- Marque con una **(X)** la condición que se ajusta al evento.
- Cuando la condición no se encuentre dentro del listado de opciones, marque con una **(X)** el ítem otro y especifique cuál.
- Diligencie todas las casillas autorizadas por ARL AXA COLPATRIA.
- Cuando llene el Reporte de Accidente de Trabajo, utilice letra legible y sea lo más claro posible en la descripción.
- La explicación detallada del reporte está en el reverso de este.
- Describa detalladamente el accidente de trabajo. Anote únicamente elementos que lo sustenten y que no hayan sido relacionados anteriormente.

www.axacolpatria.co

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros