Informe de accidente de trabajo del empleador o contratante

Los espacios sombreados únicamente deben ser diligenciados por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL)

arl alfa

EPS a la que está afiliado: | Código EPS:

ARL a la que está afiliado: | Código ARL:

AFP a la que está afiliado: Seguro Social Sí ☐ No ☐ Cuál ☐ (Indicar nombre AFP si no es Seguro Social) | Código AFP o Seguro Social:

1. Identificación general del empleador, contratante o cooperativa

Tipo de vinculación laboral (1) Empleador ☐ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa de trabajo asociado ☐

Sede principal

Nombre de la actividad: | Código:

Nombre o razón social: | Tipo de identificación: NIT CC CE NU PA PT | No.

Dirección: | Teléfono: | Fax:

Departamento: | Municipio: | Zona: U ☐ R ☐ | E-mail: (Correo electrónico)

Centro de trabajo donde labora el trabajador | **Código:**

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? Sí ☐ No ☐ Solo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo:

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: | Código:

Dirección: | Teléfono: | Fax:

Departamento: | Municipio: | Zona: U ☐ R ☐

2. Información de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (1) Planta ☐ (2) Misión ☐ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o aprendiz ☐ (5) Independiente ☐

Primer apellido: | Segundo apellido:

Primer nombre: | Segundo nombre:

Tipo de identificación: NIT CC CE NU PA PT | No. | Fecha de nacimiento: Día Mes Año | Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección: | Teléfono: | Fax:

Departamento: | Municipio: | Zona: U ☐ R ☐ | Cargo:

Tiempo de ocupación al momento del accidente: Dias Meses | Ocupación laboral: | Código:

Fecha de ingreso a la empresa: Día 67 Mes 89 Año | Jornada de trabajo habitual: (1) Diurna ☐ (2) Nocturna ☐ (3) Mixto ☐ (4) Turnos ☐ | Salario u honorarios: (Mensuales) $

Modalidad de trabajo: Presencial ☐ Trabajo en casa ☐ Trabajo remoto ☐ trabajo en casa remoto ☐

3. Información sobre el accidente

Fecha del accidente: Día Mes Año | **Hora del accidente:** (0-23 HRS) Hora: Minutos: AM PM | **Día de la semana en que ocurrió el accidente:** Lun Mar Mié Jue Vie Sab Dom | **Jornada en que sucede:** (1) Normal ☐ (2) Extra ☐ | **Total tiempo laboral previo al accidente:** Hora: Minutos:

¿Estaba realizando su labor habitual? Sí ☐ No ☐ | **Cuál:** (Diligenciar sólo en caso negativo)

Tipo de accidente:
(1) Violencia ☐ (2) Tránsito ☐ (3) Deportivo ☐ (4) Recreativo o cultural ☐ (5) Propios del trabajo ☐

¿Causó la muerte al trabajador? (1) Sí ☐ (2) No ☐

Departamento del accidente: | **Municipio del accidente:**

Zona donde ocurrió el accidente: Urbano ☐ Rural ☐ | **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 ☐ Especifique:

Tipo de lesión: (Marque con una X cuál o cuáles)
(10) Fractura ☐ (20) Luxación ☐ (25) Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón sin herida ☐ (30) Conmoción o trauma interno ☐
(40) Amputación o enucleación (exclusión o pérdida del ojo) ☐ (41) Herida ☐ (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐
(55) Golpe o contusión o aplastamiento ☐ (60) Quemadura ☐ (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐ (80) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente ☐
(81) 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 ☐ (4.46) Manos ☐ (5) Miembros inferiores ☐ (5.56) Pies ☐ (6) Ubicaciones 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, 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 ☐

Mecanismo o forma del accidente:
(1) Caída de personal ☐ (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, radiaciones o salpicaduras ☐
(9) Otro ☐

4. Descripción del accidente

Describa detallamente dentro de la información del accidente, qué lo originó o causó y los demas aspectos relacionados con el mismo:

Personas que presenciaron el accidente

¿Hubo personas que presenciaron el accidente? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

Apellidos y nombres completos:

Documento de identidad: NIT CC CE NU PA PT | No: | Cargo:

Apellidos y nombres completos:

Documento de identidad: NIT CC CE NU PA PT | No: | Cargo:

Apellidos y nombres completos:

Documento de identidad: NIT CC CE NU PA PT | No: | Cargo:

Firma: | Fecha de diligenciamiento del informe de accidente: Día Mes Año

Número de radicado:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nombre o título	Idioma	Tipo de soporte (digital, físico o mixto)	Formato de la información (PDF, Excel, HTML, etc.)	Vigencia	Área Responsable de la producción de la información	Área Responsable de la publicación o gestión de la información
FURAT	Español	Mixto	PDF	2026	Dirección Operativa de Indemnizaciones de Seguridad Social	Dirección Operativa de Indemnizaciones de Seguridad Social