

NOTA: EVITAR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	
ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL		<input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Independiente <input type="checkbox"/> (4) Cooperativa de Trabajo Asociado <input type="checkbox"/> (5) Agrupación <input type="checkbox"/> (6) Asociación	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN PRINCIPAL	
NT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)	DEPARTAMENTO
			CÓDIGO MUNICIPIO
			CÓDIGO ZONA
			<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO	
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		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
			<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA A QUIEN SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
			SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX
DEPARTAMENTO		CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA
			<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA
			D D M M A A A A
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		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 LA ENFERMEDAD			
DIAGNOSTICADO POR			
<input type="checkbox"/> MÉDICO EPS <input type="checkbox"/> MÉDICO IPS <input type="checkbox"/> MÉDICO ARL <input type="checkbox"/> MÉDICO EMPRESA <input type="checkbox"/> MÉDICO PARTICULAR			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO		No. REGISTRO MÉDICO	FIRMA
DIAGNOSTICO(S)		CIE 10	
1:		D D M M A A A A	
2:		D D M M A A A A	
3:		D D M M A A A A	

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(ES)			
QUÍMICO <input type="checkbox"/>	FÍSICO <input type="checkbox"/>	BIOLOGICO <input type="checkbox"/>	AMBIENTAL <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de aguas residuales
<input type="checkbox"/> Humo	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuada recolección, tratamiento y disposición de basuras y residuos peligrosos.
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado tratamiento de emisiones ambientales
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Irritantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Rocíos	<input type="checkbox"/> Radiaciones no ionizantes	<input type="checkbox"/> Parasitos	
<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Presiones areas males	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Efectos del estado del tiempo		
<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Exposición al frío o calor		
	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?		
Tiempo de exposición (meses)		Factor de riesgo	Tiempo de exposición (meses)
Empresa			

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR			
Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le han realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.			
Pre-ocupacional	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Periódica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Egreso o postocupacional	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD	
MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO
<input type="checkbox"/> Mediciones ambientales:	FECHA DE MONITOREO
	D D M M A A A A
<input type="checkbox"/> Indicaciones biológicas:	D D M M A A A A
	D D M M A A A A
<input type="checkbox"/> Estudio de puesto de trabajo:	D D M M A A A A
	D D M M A A A A
<input type="checkbox"/> Otros estudios:	D D M M A A A A

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	
APELLIDOS Y NOMBRES RESPONSABLES DEL INFORME	CARGO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.	

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE INFORME DE ENFERMEDAD LABORAL DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Para el diligenciamiento del informe de la enfermedad laboral se seguirá el siguiente instructivo para cada una de las enfermedades que sean diagnosticadas a los trabajadores: Responda cada una de las preguntas indicadas, con letra imponente clara o a máquina de escribir. El formato se deberá diligenciar por cada uno de los diagnósticos de enfermedad que presente un trabajador.

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

EPS a la que está afiliado: Hace referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad laboral.

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.

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 a quien se le diagnosticó la enfermedad laboral.

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: 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 corresponde a un asociado; en caso contrario, se marcará 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 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 vigentes.

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 ante 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 = NI, 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 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 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 principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos laborales 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 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, 3. al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso.

Indicar en la casilla correspondientes si 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 vigentes 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 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 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 laborales 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 A QUIEN SE LE DIAGNOSTICÓ LA ENFERMEDAD

Tipo de vinculación: Marque con una X la casilla correspondiente, según se trate de 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad y en el espacio No., escriba el número correspondiente al tipo de documento que lo identifica. 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 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad.

Teléfono: Escriba el número telefónico permanente del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad.

Fax: Escriba el número de fax del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad, si lo tiene.

Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador a quien se le diagnosticó la enfermedad. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos laborales 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad ya sea 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 a quien se le diagnosticó la enfermedad.

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.

Antigüedad en la ocupación habitual al momento del diagnóstico de la enfermedad: Hace referencia al tiempo en días y meses en que el trabajador ha desempeñado su oficio habitual.

Fecha de ingreso a la empresa: Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador al que se le diagnosticó la enfermedad.

Salario u honorarios: Escriba en números el salario base de cotización reportado en la última autodeclaración a la Administradora de Riesgos Laborales (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 al que se le diagnosticó la enfermedad, ya sea 1. diurno, 2. nocturno, 3. mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o 4. por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico: Hace referencia al nombre de la enfermedad o lesión que se ha encontrado en una persona después de una valoración o estudio, según informe del médico que diagnosticó la enfermedad.

Código del diagnóstico: Hace referencia al código del diagnóstico que identifica dicha enfermedad según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente aplicada en el país y según informe del médico que diagnosticó la enfermedad.

Diagnosticado por: Marque con una X si el médico que realizó el diagnóstico de la enfermedad está vinculado a 1. la entidad promotora de salud, 2. la institución prestadora de servicios de salud, 3. a la administradora de riesgos laborales, 4. a la empresa o contratante por el empleador, o 5. si es particular. La casilla de IPS incluye instituciones prestadoras de servicios de salud

vinculadas con entidades de medicina prepagada. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico vinculado a una entidad diferente a IPS o ARL, se entenderá aviso de presunción de la enfermedad laboral y no constituye determinación de origen laboral para pago de prestaciones, cuyo proceso se realiza por las instancias legalmente competentes.

Apellidos y nombres del médico: Colocar en orden, primer y segundo apellidos, primer y segundo nombres completos del médico que diagnosticó la enfermedad al trabajador.

Registro Médico: Anotar el registro del médico, con el cual se encuentra inscrito ante el Ministerio de la Protección Social y que permite ejercer la profesión.

Fecha del diagnóstico: Fecha en la que por primera vez se realiza el diagnóstico de la enfermedad al trabajador. Debe estar en el formato de día, mes y año.

IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD

Marque en la casilla correspondiente, si o no, existe información sobre los factores de riesgo asociados con la enfermedad.

En caso afirmativo diligenciar la tabla correspondiente, anotando para cada factor de riesgo el nombre del mismo con su correspondiente tiempo de exposición, en meses, según haya sido en empresa o contrato actual o con empresas o contratos anteriores, de acuerdo con la información que haya servido como fundamento para el diagnóstico.

1. Factor de riesgo físico: Hace referencia a los factores ambientales de naturaleza física, considerándose ésta como la energía que se desplaza en el medio y que al entrar en contacto con las personas puede tener efectos nocivos sobre la salud. Tales como ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes, presiones anormales (hipertensión, hiperbarismo), efectos del estado del tiempo, de la exposición al frío o al calor y de otros estados conexos.

2. Factor de riesgo químico: Hace referencia al grupo de sustancias o elementos que al entrar en el organismo pueden provocar una enfermedad, entre otras se encuentran el polvo, humo, gases y vapores, rociadores, neblinas, fibras, etc.

3. Factor de riesgo biológico: Hace referencia al grupo de agentes orgánicos animales o inanimados que están presentes en determinados ambientes de trabajo y que al entrar en contacto con el organismo pueden desencadenar enfermedades, por ejemplo animales, virus, bacterias, hongos, parásitos, etc.

4. Factor de riesgo ergonómico: Hace referencia a todos aquellos factores o condiciones subestándares en el ambiente de trabajo que tienen que ver con factores personales y del trabajo.

5. Factor de riesgo psicosocial: Hace referencia a aquellos aspectos intralaborales y factores individuales o características intrínsecas del trabajador los cuales, en una interacción dinámica mediante percepciones y experiencias, influyen sobre la salud y el desempeño de las personas.

6. Factor de riesgo ambiental: Hace referencia a condiciones ambientales tales como el inadecuado tratamiento de aguas residuales, la inadecuada recolección, tratamiento y disposición de basuras, inadecuado manejo de residuos peligrosos y emisiones ambientales sin control en el proceso, que pueden producir enfermedades.

V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

Se refiere a la detección de la enfermedad diagnosticada con algún tipo de evaluación médica ocupacional realizada en el desarrollo de programas de salud ocupacional durante la vida laboral del trabajador. Marque con una X (1) si o (2) no, si en la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha detectado la enfermedad que se informa, de acuerdo con los documentos que sirvieron de fundamento para el diagnóstico y que hayan sido proporcionados por el médico correspondiente.

1. Pre - ocupacional: Se refiere a las evaluaciones médicas ocupacionales que deben ser realizadas a los trabajadores al momento de la vinculación a la empresa, con el objeto de determinar la aptitud física y mental del trabajador para el oficio que vaya a desempeñar.

2. Periódicos: Se refiere a las evaluaciones médicas ocupacionales que deben ser realizadas a los trabajadores periódicamente, con el objeto de determinar si la aptitud física y mental del trabajador en el desempeño de su trabajo se ha deteriorado.

3. Egreso o post - ocupacional: Se refiere a las evaluaciones médicas ocupacionales que deben ser realizadas a los trabajadores al momento del retiro de la empresa, con el objeto de determinar si la aptitud física y mental del trabajador se deterioró o por el contrario se conservó.

VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD LABORAL

En el caso de que cualquier tipo de monitoreo hubiera sido fundamento para el diagnóstico de la enfermedad laboral se deberá marcar con una X en la casilla si o no, según corresponda.

En caso de ser positivo, se deberá anotar el(los) nombre(s) del monitoreo(s) realizado(s), con su respectiva fecha de realización, si se conoce y según los documentos que sean aportados por el médico que diagnosticó la enfermedad.

1. Mediciones ambientales: Permiten determinar las concentraciones ambientales de contaminación en sitios previamente determinados, mediante la utilización de equipos diseñados para tal fin, determinando el grado de riesgo para cada sitio evaluado e identificando a los trabajadores expuestos.

2. Indicadores biológicos: Son aquellas pruebas que se realizan para evaluar el efecto de un determinado factor de riesgo en el ser humano.

3. Estudio del puesto de trabajo: Identificación y evaluación de los factores de riesgo a los cuales está expuesto el trabajador en su puesto de trabajo, mediante el análisis integral de la fuente, el medio y el hombre.

4. Otros: En caso de que se haya realizado cualquier otro monitoreo se deberá indicar cuál fue.

Persona responsable del informe: Escriba los apellidos y nombres completos, tipo y número de documento de identificación y el cargo en la empresa, de la persona responsable de diligenciar el informe, con su respectiva firma.

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

No. 99999999

El Infante de acciones de trabajo defirió diligencias en forma corrupta, por parte del magistrado, contraveni-
o de sus respectivos representantes o delegados, sus servidores no pueden ser modificados por persona o entidad alguna.

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE				
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARE A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARE	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO AFP	SEGUERO SOCIAL	CUAL INDICAR NOMBRE AFP SI NO ES EL SEGUERO SOCIAL	
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA							TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: <input type="checkbox"/> 01 Empleado <input type="checkbox"/> 02 Contratista <input type="checkbox"/> 03 Cooperante de Trabajo Asociado			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (SEDE PRINCIPAL)			CÓDIGO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				DIRECCIÓN						
NIT	CC	CE	NU	PA	No.					
TELÉFONO		FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	
									<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR										
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI <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"/> S	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ										TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL										CÓDIGO	
PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE NACIMIENTO										SEXO	
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.										D D M M A A A A										<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DIRECCIÓN										TELÉFONO										FAX	
DEPARTAMENTO					CÓDIGO MUNICIPIO					CÓDIGO					ZONA						
OCUPACIÓN HABITUAL										CÓDIGO										FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)										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											

[illegible]

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

Source: <http://www.fishbase.org>

