

Medellín, 2020

Para: AIDA

Asunto: Socialización de requerimientos para el **procedimiento de notificación Y reporte de presunto Accidente Laboral.**

Cordial saludo,

Mediante la presente el área SST de la Agremiación Digore les informamos el procedimiento a seguir en caso de presentarse un presunto accidente de trabajo, el asociado, deberá cumplir con las siguientes instrucciones:

1. En caso de presentarse un accidente de trabajo usted debe comunicarse con la **Línea de atención de ARL SURA 01800 051 1414 opción 1 o al 4444578** en Medellín, donde deberá identificarse con su número de cedula y suministrar el NIT de la Agremiación Digore **9000 57 999** y la razón social **ANTRAINEDIGO**, luego se le proporcionará la información necesaria para **direccionar al trabajador accidentado a la IPS más cercana**, de acuerdo a la ubicación geográfica y a la lesión sufrida.
2. Luego de notificar en la línea de atención, la persona responsable o contacto en el convenio para la Agremiación Digore, debe diligenciar y enviar inmediatamente el "Formato de reporte interno de incidentes y accidentes de trabajo (Versión 3)" el cual se diligencia de acuerdo al instructivo.
3. El asociado deberá diligenciar y firmar el "Formato de declaración presunto accidente de trabajo" con el fin de realizar desde la Agremiación el Formato de Reporte Único de Accidente de Trabajo "FURAT" y enviarlo a nuestra ARL antes de las 48 horas siguientes al evento como lo estipula la legislación vigente.

Los formatos diligenciados deben ser enviados a los correos convenios@asodigore.com, arl@asodigore.com totalmente diligenciados.

4. En caso que el evento se presente en horario no hábil o que el asociado notifique el evento luego de las 48 horas posteriores a la ocurrencia del mismo, deberá **realizar una carta de extemporaneidad**, en la cual se explicará el motivo por el cual el presunto accidente de trabajo no se reportó durante las 48 horas siguientes a la ocurrencia del evento. Esta comunicación deberá allegarse original y firmada a la Agremiación con el fin de radicarla en nuestra **ARL SURA**.

Una vez se realice el Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo “FURAT”, este será enviado a la persona contacto del convenio vía correo electrónico, con copia al correo electrónico del usuario.

PROCEDIMIENTO PARA RADICAR INCAPACIDADES

En la **Agremiación Digore** nos gusta brindarles más y mejores beneficios a nuestros Asociados, pensando en su tranquilidad y bienestar.

Por eso que hacemos la **Gestión para el pago de incapacidades**.

✓ **PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS**

El usuario debe dirigirse a las instalaciones de la agremiación Digore con los documentos para transcribir la incapacidad y obtener el pago de la prestación económica, los documentos son recibidos en la recepción, en caso de no tener la disponibilidad para entregar los documentos en la oficina, estos deberán ser enviados por correo certificado a la siguiente dirección

- Dirección: Calle 27 # 46 – 70 local 167, centro integral de servicios punto clave, Medellín
- Horarios de atención: 8:00 am a 4:45 pm en jornada continua

✓ **DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA LOS DIFERENTES TIPOS DE INCAPACIDAD**

ENFERMEDAD GENERA

- Incapacidad original
- Historia clínica
- Copia de la cedula ampliada 150%
- Copia de la certificación bancaria

LICENCIAS DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

- Certificado de licencia original
- Historia clínica
- Copia de la cedula ampliada 150%
- Copia de la certificación bancaria
- Certificado de nacido vivo o registro civil de nacimiento

ACCIDENTE DE TRABAJO

- Incapacidad original
- Historia clínica
- Copia de la cedula ampliada 150%
- Copia de la certificación bancaria
- Para entregar los documentos, el usuario ya debe haber reportado el accidente de trabajo y contar con FURAT

ACCIDENTE DE TRANSITO

- Incapacidad original
- Historia clínica
- Copia de la cedula ampliada 150%
- Copia de la certificación bancaria
- Copia del soat
- Copia del croquis

Para mayor información, usted puede comunicarse al teléfono (4) 4026090 o a través del correo electrónico info@asodigore.com

“Nuestro reto es hacer que las personas adquieran la cultura de la seguridad social, siendo responsables consigo mismos y frente a sus familias.”

“Vive Responsable, vive Tranquilo”

INSTRUCTIVO DE REPORTE INTERNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA O CONVENIO	
TIPO	Marque con una "x" según sea el caso. I: Independiente V: Vinculado C: Convenio NA: No Aplica En caso de ser CONVENIO se deberá diligenciar la totalidad de la información de la empresa convenio.
EMPRESA	Solo se describe el nombre cuando es una empresa o convenio, de lo contrario no se diligencia la casilla
DIRECCIÓN	Para Independiente: Hace referencia al lugar donde se encuentra prestando sus servicios Para Convenios: Hace referencia a la dirección de la misma.
JEFE INMEDIATO	Escribir el nombre de la persona encargada de Recurso Humano, Jefe de salud ocupacional o cualquier Jefe inmediato que pueda dar informe de algún dato del afectado en caso de necesitarse.
UBICACIÓN	Marque con una "x" la zona donde sucedió el accidente. - R: Rural. - U: Urbana.
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividad económica a que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión.
2. INFORMACIÓN DEL AFECTADO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Relacionar Nombres y Apellidos completos de la persona que sufre el accidente o incidente de trabajo
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Marque con una "x" el tipo de documento de identidad del trabajador que se accidento, de la siguiente manera: - C.C.: Cedula de ciudadanía. - C.E.: Cedula de extranjería. - NU: NUIP o Numero de identificación personal. - TI: Tarjeta de identidad. - PA: Pasaporte.
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	Escribir el número de identificación del afectado
FECHA NACIMIENTO	Escriba la fecha correspondiente al nacimiento del trabajador, en el orden día - mes - año (DD/MM/AA).
GENERO	Marque con una "x" a la casilla correspondiente M- Masculino; F- Femenino.
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente o incidente de trabajo.
TELEFONO RESIDENCIA	Escriba el número telefónico permanente del trabajador que sufrió el accidente o accidente de trabajo.
CELULAR	Escribir el o los números de celular en donde se pueda tener comunicación directa con el afectado. En caso que el afectado no cuente con celular, reemplazar por otro número de teléfono donde se pueda tener comunicación.
EPS	Describir el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado el asociado
AFP	Describir el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado el asociado
DEPARTAMENTO	Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente o incidente de trabajo
MUNICIPIO	Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador que sufrió el accidente o incidente de trabajo
ZONA	Marque con una "x" la zona donde reside el trabajador afectado. - Rural. - Urbana.
FECHA DE INGRESO	DIGORE: Hace referencia a la fecha en la cual el afectado comienza la cobertura integral de la seguridad social mediante DIGORE de manera indicada en el formato DD/MM/AA CONVENIO/EMPRESA: Indicar la fecha en la que empieza a realizar actividades en la empresa o convenio (cuando aplique) NA: No Aplica: Cuando la persona independiente se encuentra en diferentes lugares de trabajo
JORNADA DE TRABAJO	Marque con una "x" el tipo de Jornada habitual en sus labores, indicar hora de entrada y hora de salida en formato de 24 horas - Diurno: De 6:00 a 22:00 - Nocturno: De 22:00 a 6:00 - Mixto: Es la Jornada de Trabajo que comprende periodos diurnos y nocturnos. Cuando la jornada mixta tenga un periodo nocturno mayor de cuatro (4) horas, se considerará como jornada nocturna. - Turnos: Cuando la naturaleza de la labor no exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de trabajadores, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas, o en más de cuarenta y ocho (48) semanales, siempre que el promedio de las horas de trabajo calculado para un periodo que no exceda de tres (3) semanas, no pase de ocho (8) horas diarias ni de cuarenta y ocho (48) a la semana. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras. - N.A. No aplica
CARGO	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. Es el cargo actual que desempeña el afectado
EXPERIENCIA	El tiempo en meses y días en el cual el trabajador se ha desempeñado en ese cargo mencionado en el cargo actual: DD: Indicar los días de experiencia en el cargo actual MM: Indicar los meses de experiencia en el cargo actual AA: Indicar los años de experiencia que tenga en el cargo actual NOTA: Ejemplo: si indico en el orden correspondiente DD:15/MM:1/AA:4, se dará por entendido que la persona cuenta con 4 años, 1 mes y 15 días de experiencia en el cargo actual.
ESTADO CIVIL	Seleccionar con "x" el estado civil del trabajador que sufrió el incidente o accidente de trabajo - S: Soltero - UL: Unión libre - C: Casado - D: Divorciado - V: Viudo
SALARIO	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

3. INFORMACIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

TIPO DE EVENTO	<p>Marque con una "X" que tipo de evento que sufrió el trabajador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I: Incidente de trabajo: Evento que tuvo el potencial para llegar a ser un accidente". Un incidente en el que no se produce lesión, daño u otra pérdida también se conoce como "casi - accidente". El termino incidente incluyen a los casi - accidentes. En resumen, son acontecimientos no deseados que podría tener el potencial para afectar la eficiencia de la operación y, en circunstancias diferentes, causaría daños a las personas, a las propiedades y/o al medio ambiente. - AT: Accidente leve: Genera lesiones menores con incapacidades temporales. - ATG: Accidente grave o severo: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva. - ATM: Accidente Mortal: Se refiere al accidente mortal en concordancia con la resolución 1401 de 2007. Es aquel accidente que ocasiona la muerte del trabajador.
GENERA ATENCIÓN MÉDICA	Marque con una "X" la opción correspondiente al caso presentado
CENTRO ASISTENCIAL	Hace referencia al Centro Médico donde recibe la primer atención el trabajador que sufrió el accidente de trabajo, describir la clínica, hospital, IPS, entre otros
FECHA	Escribir la fecha que ocurre el incidente o accidente de trabajo según indica el formato DD/MM/AA
HORA	Escribir el hora en la cual ocurre el evento en formato militar de 0 a 24 horas según el formato, indicando HH (horas) y MM (Minutos)
EXTEMPORÁNEO	<p>Marque con una "X" el tipo de reporte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extemporáneo: Accidente de trabajo reportado cuando han pasado mas de 48 horas después del evento. - Es accidente de trabajo extemporáneo cuando la persona informa al empleador del evento cuando han pasado mas de 48 horas siguientes del mismo. <p>SOLO APLICA PARA ACCIDENTES DE TRABAJO.</p>
HORAS TRABAJADAS	Hace referencia a la cantidad de horas que laboró antes del accidente o incidente de trabajo según el formato, indicando HH (horas) y MM (Minutos)
JORNADA	<p>Marque con una x la jornada en la que sucede el accidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: Jornada pactada por medio de un contrato cumpliendo las 48 horas trabajadas semanalmente o 8 horas día según lo pactado con el empleador - Extra: Hora que se trabaja adicional a las 8 horas diarias o a la jornada pactada entre la partes
JORNADA HABITUAL	<p>Desde: Hora de inicio de sus labores y/o de ingreso a la compañía o empresa en la cual se prestación de servicio</p> <p>Hasta: Hora de finalización de labores y/o salida de la compañía o empresa en la cual se presta el servicio</p>
GENERA INCAPACIDAD	<p>Marque con una "X"</p> <ul style="list-style-type: none"> Si: Cuando la atención médica genera incapacidad No: Cuando la atención médica no genera incapacidad
DIAS DE INCAPACIDAD	Describir los días de incapacidad iniciales generados de la atención médica.
LUGAR	<p>Marque con una "X" el lugar donde ocurre el accidente</p> <ul style="list-style-type: none"> - A/D: Áreas de almacén o deposito - P: Áreas de producción - R/D: Áreas recreativas o deportivas - C/P: Corredores o Pasillos - E: Escaleras - P/CV: Áreas de parqueaderos o circulación vehicular - O: Área de oficinas - AC: Áreas comunes. - Otro: Indicar cual es el sitio de ocurrencia no mencionado en los párrafos anteriores
DIRECCIÓN	Hace referencia a la dirección exacta donde ocurre el Incidente o accidente de trabajo, en caso tal que no se cuente con la dirección exacta con nomenclatura se puede describir con barrio, vereda, entre otros.
DEPARTAMENTO	Hace referencia al departamento en que ocurre el incidente o accidente de trabajo
MUNICIPIO	Hace referencia al municipio en que ocurre el Incidente o accidente de trabajo
ZONA	<p>Marque con una "X" la zona donde sucedió el incidente o accidente de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rural. - Urbana.
TIPO DE LESIÓN	<p>Describe la lesión sufrida por el trabajador como consecuencia del accidente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o de tendón, sin fractura: Incluye cada una de las citadas en el ítem, hernias producidas 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 indicará sólo en el ítem de herida. - Contusión o trauma interno: Incluye las contusiones internas, las hemorragias internas, los desgarramientos internos, las roturas internas, a menos que vayan acompañadas 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 generalizadas 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 hematomas (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. - Aplastamientos. - 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 alérgica: 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 dardo 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 compresión, 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. Cando 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. <p>Describe el elemento con el que se lesionó el trabajador en el momento del accidente, puede estar dado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máquinas y/o equipos. - Medios de transporte - Aparatos - Herramientas, implementos y utensilios. - Materiales o sustancias. - Radiaciones. - Ambientes de trabajo. - Animales. - Otro: Cual?
AGENTE DE LESIÓN	<p>Describe el elemento con el que se lesionó el trabajador en el momento del accidente, puede estar dado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máquinas y/o equipos. - Medios de transporte - Aparatos - Herramientas, implementos y utensilios. - Materiales o sustancias. - Radiaciones. - Ambientes de trabajo. - Animales. - Otro: Cual?
PCA (PARTE DEL CUERPO AFECTADA)	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeza: Incluye región craneana, oreja, boca (labios, dientes, lengua), nariz, ubicaciones múltiples en la cabeza y cara. EXCLUYE OÍD. - Ojo: Incluye uno o ambos ojos, la órbita y el nervio óptico. - Cuello: Incluye garganta y vertebrales cervicales. - Tronco: Incluye espalda (columna vertebral y músculos adyacentes, medula espinal), ubicaciones múltiples y cercanas a las mencionadas, SE EXCLUYE TORAX Y ABDOMEN. - Tórax: Incluye costillas, esternón, órganos internos del tórax. - Abdomen: Incluye órganos internos. - Miembros superiores: Hombro, clavícula, omoplato, brazo, codo, antebrazo muñeca, excluye manos y dedos. - Manos: Incluye dedos, excluye muñeca y puños. - Miembros inferiores: Cadera Muslo rodilla, pierna, tobillo, ubicaciones múltiples y no precisadas. - Pies: Incluye dedos. - Ubicaciones múltiples: Cuando existen lesiones en diferentes partes del cuerpo, pero ninguna de ellas se superan en gravedad. - Lesiones generales u otras: Incluye aparato circulatorio, aparato respiratorio, aparato digestivo, sistema nervioso en general.
ACTIVIDAD QUE REALIZABA	Describe la actividad que se encuentra realizando el trabajador en el momento en que sufrió el accidente o incidente de trabajo.
DESCRIPCIÓN	Describe claramente que paso, como paso, cuando paso, porque paso, cuales son las causas reales de las ocurrencia del evento, que lo ocasiono, si portaba sus elementos de protección personal y el tipo de elementos utilizados (si se requieren versiones anexas se pueden incluir).
TESTIGOS	Describe nombres y apellidos completos, documento de identidad, cargo y número de teléfono de la(s) persona(s) que se encontraba(n) presente(s) en el momento del accidente..
REPORTADO POR	Hace referencia a la persona que recibe el reporte del incidente o accidente de trabajo y a quien diligencia el formato.

TIPO		1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA CONTRATANTE	
<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Vinculado	<input type="checkbox"/> Convenio	<input type="checkbox"/> NA
NOMBRE <input type="text"/>		DIRECCIÓN: <input type="text"/>	
DEPARTAMENTO <input type="text"/>		MUNICIPIO <input type="text"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: <input type="text"/>		ZONA R <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
JEFE INMEDIATO: <input type="text"/>		TELÉFONO <input type="text"/>	

2. INFORMACIÓN DEL AFECTADO			
NOMBRES <input type="text"/>		APELLIDOS <input type="text"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>	FECHA NACIMIENTO DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>
DIRECCIÓN <input type="text"/>		DEPARTAMENTO <input type="text"/>	GENERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
MUNICIPIO <input type="text"/>		CELULAR <input type="text"/>	ZONA R <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
TELEFONO <input type="text"/>		EPS <input type="text"/>	AFP <input type="text"/>
ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		CARGO <input type="text"/>	EXPERIENCIA DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>
JORNADA DE TRABAJO D <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		SALARIO \$ <input type="text"/>	FECHA INGRESO DIGORE DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> EMPRESA / CONVENIO DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> N/A

3. INFORMACIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO			
TIPO I <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> ATG <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/>		GENERA ATENCIÓN MÉDICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>		CENTRO ASISTENCIAL <input type="text"/>	
EXTEMPORÁNEO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HORA HH <input type="text"/> MM <input type="text"/>	GENERA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
JORNADA N <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		HORAS TRABAJADAS HH <input type="text"/> MM <input type="text"/>	DIAS DE INCAPACIDAD <input type="text"/>
DIRECCIÓN: <input type="text"/>		JORNADA HABITUAL DESDE: <input type="text"/> HASTA: <input type="text"/>	
DEPARTAMENTO <input type="text"/>		MUNICIPIO <input type="text"/>	
A/D <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R/D <input type="checkbox"/> C/P <input type="checkbox"/>		TIPO DE LESIÓN <input type="text"/>	
LUGAR E <input type="checkbox"/> P/CV <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>		AGENTE DE LESIÓN <input type="text"/>	
OTRO: CUAL? <input type="text"/>		PCA <input type="text"/>	
ACTIVIDAD QUE REALIZABA <input type="text"/>			
DESCRIPCIÓN			

TESTIGOS			
1. NOMBRES <input type="text"/>		APELLIDOS <input type="text"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>	NUMERO DE TELEFONC <input type="text"/>
2. NOMBRES <input type="text"/>		APELLIDOS <input type="text"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>	NUMERO DE TELEFONC <input type="text"/>
		CARGO <input type="text"/>	

REPORTADO POR:			
NOMBRES <input type="text"/>		APELLIDOS <input type="text"/>	
FECHA DE REPORTE DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>	CARGO <input type="text"/>
		FIRMA <input type="text"/>	