|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | Vigencia: |
| 2022 |
| **FORMATO DE REPORTE DE ACCIDENTE O INCIDENTE LABORAL** |

**FECHA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR** |  |
| **CARGO** |  |
| **N. CEDULA** |  |
| **SEDE DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE**  |  |
| **EMAIL** |  |
| **TELEFONOS** |  |
| **LUGAR DEL ACCIDENTE** |  |
| **FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE** |  |
| **NOMBRE, CEDULA Y CARGO DE UN TESTIGO**  |  |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE LABORAL (**describa de manera muy explícita lo que le ocurrió**)** |  |

**PROTOCOLO A SEGUIR:**

El trabajador debe recibir los primeros auxilios en la unidad de enfermería del sitio donde sucede el AT.

El trabajador debe dirigirse a la institución médica asignada por ARL COLMENA.

Reportar el accidente inmediatamente de sufrir el evento a su jefe inmediato y a la oficina de SST de la Universidad.

**Documentos necesarios para el pago de incapacidades**

* Fotocopia de la cédula del trabajador accidentado.
* Epicrisis o resumen de atención de urgencias.
* Incapacidad medica original y transcrita.

Firma del jefe Inmediato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional SG-SST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_