Salud Total EPS

FORMATO DE INFORME DE ACCIDENTE LABORAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

SUCURSAL	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO ID	No. DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	APELLIDOS

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CARGO	EPS	TIPO DE COTIZANTE	ARP

DIAGNÓSTICO

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

TIPO ID	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA

DIRECCIÓN	TELÉFONO	JEFE INMEDIATO

POR FAVOR RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON "X" SI O NO SEGÚN CORRESPONDA	SI	NO
¿El accidente ocurrió en el sitio de trabajo?		
¿Cuándo ocurrió el accidente usted se encontraba cumpliendo funciones relacionadas con su trabajo?		
¿Cuándo usted se accidentó se encontraba usted en actividades recreativas o deportivas permitidas por la directiva de la empresa?		
¿Cuándo usted se accidentó cumplía órdenes de su Jefe?		
¿Se encontraba conduciendo un vehículo propiedad de la empresa?		
¿Viajaba en transporte pagado por la empresa?		

OBSERVACIONES:

INFORME DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE _____

_____

_____

_____

_____

_____

Me comprometo a traer el reporte de accidente de trabajo (ARP) el día _____

_____	_____
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE SALUD TOTAL QUE SOLICITÓ EL DILIGENCIAMIENTO	**FIRMA Y DOCUMENTO DEL USUARIO**

VIGILADO Supersalud

IMPRESOS PBX: 619 33 99
GAMA EDIA NIT: 800.243.116-7