

INSTITUTO DISTRITAL DE DEPORTE Y RECREACIÓN																			
				Proceso:		Gestión Talento Humano				Código:		ESGHDAYFFO - 07							
				Documento:		Formato de Reporte Incidentes y Accidentes de Trabajo				Versión:		1.0							
				Fecha de aprobación:		3/10/2023				Página		Página 1 de 1							
INFORMACIÓN DEL REGISTRO																			
<b>Accidente de Trabajo:</b>				<b>Incidente:</b>				<b>Fecha de Elaboracion:</b>											
INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO																			
Apellidos y Nombres:										Identificación:									
Fecha de Nacimiento:				Edad:		EPS:				AFP:		Sexo:							
Dirección:						Ciudad:				Celular:									
Ocupación habitual:						Antigüedad en la Empresa al momento del accidente:													
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE																			
Fecha:				Hora:		Día de la semana en que ocurrió el accidente:													
Estaba realizando su labor habitual:						Cuántas horas de trabajo transcurrieron antes del accidente:													
Jornada de trabajo:						Clase de accidente:													
Diurna		Nocturna		Extra		Tránsito		Deportivo		Biológico		Violencia		Otro:					
DESCRIPCION DEL PRESUNTO INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO																			
IPS que lo atendió:						Fecha de atención:				Presentó reporte:									
Descripción de la lesión o daño ocurrido al trabajador:																			
Sin lesión aparente				Raspadura				Herida				Esguince-Torcedura							
Luxación				Reacción Alérgica				Quemadura				Lumbago							
Fractura				Amputación				Insolación				Otro, cuál?							
Descripción de las partes del cuerpo aparentemente afectadas: (especificar si corresponde a lado Izquierdo I, lado derecho D, o ambos A, No Especificado NE)																			
Cráneo	I	D	A	NE	Cara	I	D	A	NE	Cuello	I	D	A	NE	Espalda	I	D	A	NE
Ojo	I	D	A	NE	Oído	I	D	A	NE	Boca	I	D	A	NE	Mano	I	D	A	NE
Dedos mano	I	D	A	NE	Dedos Píe	I	D	A	NE	Píe	I	D	A	NE	Extremidad superior	I	D	A	NE
Pierna	I	D	A	NE	Brazo	I	D	A	NE	Cadera	I	D	A	NE	Otro	I	D	A	NE
Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa:						Con qué se lesionó el trabajador: Motocicleta													
Fuera de la empresa:																			
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE																			
Apellidos y Nombre:						Teléfono:				Identificación:									
Apellidos y Nombre:						Teléfono:				Identificación:									
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME																			
Apellidos y Nombre::						Firma													
Cargo						Fecha:													

**CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha y acto administrativo de aprobación</b>	<b>Descripción del cambio</b>

<b>Nombre del solicitante</b>