





FURAT



**FORMATO ÚNICO PARA
REPORTE DE ACCIDENTE
DE TRABAJO FURAT**


MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 0156 DE 2005
(Enero 27)

“Por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional”.

FURAT

- El Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 0156 de 2005 a través de la cual reglamenta los formatos de reporte de accidente de trabajo y enfermedad profesional **FURAT** y **FUREP**.

Con el Reporte Único de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional el Ministerio busca que el Sistema General de Riesgos Profesionales pueda contar con información estadística que permita enfocar los programas de promoción y prevención de riesgos profesionales hacia aquellos factores de riesgo que más incidencia presenten sobre la población trabajadora del país.



Qué reglamenta la resolución respecto al Reporte de Accidentes de Trabajo


Establece que el reporte debe ser diligenciado completamente y firmado por el empleador o contratante o por quien él designe. Así mismo, define que el empleador es responsable de la información que contenga el reporte.

La Resolución ratifica que es el empleador o el contratante el responsable de reportar a la EPS y a la ARP la ocurrencia de los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales. Dicho reporte deberá realizarse dentro de los dos días siguientes a la ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

Cuando el empleador no diligencie en su totalidad el formulario de reporte, la ARP, EPS o la IPS podrán solicitarle la información faltante, la cual deberá ser suministrada por el empleador dentro de los dos días hábiles siguientes, de lo contrario, la entidad dará aviso al Ministerio de la Protección Social quien iniciará la investigación correspondiente.

- Los documentos del reporte de presunto accidente de trabajo y enfermedad profesional servirán como prueba para que la entidad administradora califique el origen de la contingencia y facilitará el conocimiento de las causas, elementos y circunstancias en que se presentaron los eventos, lo cual facilitará la implementación de medidas de prevención de riesgos.

Las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán remitir en forma mensual al Ministerio de la Protección Social una información detallada que permita consolidar una estadística de los eventos reportados por los empleadores.



COMO DILIGENCIAR EL FORMATO UNICO DE REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO



El actual Formato Único de Accidente de Trabajo contiene cuatro áreas para la entrega de información como son:

1. Identificación General del Empleador, Contratante o Cooperativa

Dentro de esta parte del reporte se incluye la información sobre la sede principal de la empresa y otros relacionados con el centro de trabajo donde labora el trabajador.

2. Identificación de la persona que se accidentó

Dentro de la información relacionada con la persona que se accidentó, se especifican los datos del trabajador, tipo de vinculación, ocupación, al igual que el tiempo de trabajo en la empresa y en el oficio específico.

■ 3. Información sobre el accidente

En esta parte se incluyen todos los campos para la descripción del presunto accidente de trabajo que se está notificando tales como la información específica del momento del accidente, sitio, tipo de lesión, parte del cuerpo afectada, agente del accidente, mecanismo o forma del accidente.

4. Descripción del accidente

En este campo se debe responder las siguientes preguntas: Qué, cómo, cuándo, dónde y con qué se produjo el accidente

Adicionalmente el Reporte cuenta con otros campos que deben diligenciarse tales como:

Personas que presenciaron el Accidente

Persona responsable del informe



FORMATO UNICO DE REPORTE DE PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO

No.

FECHA AÑO MES DIA

I. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA	DILIGENCIADO POR: <input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE EMPLEADOR <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?		
---	--	--	--

HOMBRE O RAZON SOCIAL	No. DOCUMENTO	SUCURSAL	CODIGO CENTRO DE TRABAJO
	TPO DE DOCUMENTO N G E E F DV		
DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO

II. INFORMACION EXCLUSIVA PARA EMPRESAS TEMPORALES	FAX: _____	E-MAIL: _____
---	------------	---------------

DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO
	TPO DE DOCUMENTO N G E E F DV		
DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO

III. INFORMACION DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA QUE SE ACCIDENTO

No. DOCUMENTO	PRIMERAPELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
TPO DE DOCUMENTO N G T E E F			
EDAD	ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA	SEXO	DIRECCION RESIDENCIA
	AÑOS MESES DIAS	N F	DEPARTAMENTO
			MUNICIPIO
			TELEFONO

OCUPACION U OFICIO HABITUAL	TIEMPO EN EL OFICIO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE	SALARIO BASE DE COTIZACION	EPS. A LA QUE PERTENECE	CODIGO	A.F.P.	CODIGO
	AÑOS MESES DIAS	\$				

IV. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE										PERIODICIDAD DE PAGO DEL SUELDO		DÍAS	
FECHA (DD/MM/AA)				HORA ACCIDENTE 0-23		JORNADA DE TRABAJO		¿ ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
A D C M D				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿ SI NO REALIZABA SU LABOR HABITUAL, ¿ESTABA BAJO ORDENES DEL EMPLEADOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
								¿ CUANTAS HORAS DE TRABAJO TRANSCURRIERON ANTES DEL ACCIDENTE? <input type="text"/>					
								DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: <input type="text"/>					
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				OFICINAS Y DESPACHOS		ESTRUCTURAS		CORRIDORES Y COCINAS		TECHO			
DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>				ALMACENES Y DEPOSITOS		PARTES DE LABOR		LOCALES DE ASEO		BAÑO			
				TALLER		CORREDORES		CALLE Y VÍAS PÚBLICAS		CULTIVOS			
				INSTALACION AL Aire LIBRE		ESCALERAS		ÁREA DE PRODUCCIÓN Y SERVICIOS		DESCONOCIDO			
				SUPERFICIES DE EXTRACCIÓN		LOCALES DE RECREO		LABORATORIOS		OTROS			
				SOCACIONES		ÁREAS DEPORTIVAS		ANDAMIO O GRUJA					
LESION O DAÑO APARENTE SUFRIDO POR EL TRABAJADOR (SELECCIONAR UNA POR CADA PARTE DEL CUERPO AFECTADA)													
<input type="checkbox"/> SIN LESION APARENTE			<input type="checkbox"/> QUEMADURA CALORICA			<input type="checkbox"/> CONCUSION CEREBRAL			<input type="checkbox"/> EFECTO RADIACION IONIZANTE				
<input type="checkbox"/> RASPADURA			<input type="checkbox"/> QUEMADURA QUIMICA			<input type="checkbox"/> CONCELACION			<input type="checkbox"/> EFECTO RADIACION NO IONIZANTE				
<input type="checkbox"/> HERIDA			<input type="checkbox"/> LUMBAGO - DESGARRO			<input type="checkbox"/> PERDIDA AUDICION			<input type="checkbox"/> MUERTE				
<input type="checkbox"/> ESQUINCE - TORCEDURA			<input type="checkbox"/> FRACTURA			<input type="checkbox"/> INSOLACION			<input type="checkbox"/> OTRO				
<input type="checkbox"/> LUGACION			<input type="checkbox"/> AMPUTACION - ENUCLEACION			<input type="checkbox"/> POLITRAUMATISMO							
<input type="checkbox"/> REACCION ALERGICA			<input type="checkbox"/> AMBLYOPIA/EMBLIOPIA/STRABISMUS			<input type="checkbox"/> HERIDAS							
CON QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR (SELECCIONAR UNA POR CADA PARTE DEL CUERPO AFECTADA)													
<input type="checkbox"/> PRESION ATMOSFERICA			<input type="checkbox"/> PRODUCTOS ALIMENTICIOS			<input type="checkbox"/> PARTICULAS			<input type="checkbox"/> APARATOS DE TRANSMISION DE FUERZA MECANICA				
<input type="checkbox"/> ANIALES O SUS PRODUCTOS			<input type="checkbox"/> MOSAICARIO			<input type="checkbox"/> ARTICULOS DE METAL			<input type="checkbox"/> PRODUCTO TEXTIL				
<input type="checkbox"/> CALIAS, BARRILES, BULTOS			<input type="checkbox"/> ARTICULOS DE VIDRIO			<input type="checkbox"/> PRODUCTOS MINERALES DE METAL			<input type="checkbox"/> VEHICULOS				
<input type="checkbox"/> ARTICULOS DE CERAMICAS			<input type="checkbox"/> HERRAMIENTA MANUAL			<input type="checkbox"/> PIEDRAS			<input type="checkbox"/> PRODUCTOS DE MADERA				
<input type="checkbox"/> SUSTANCIAS QUIMICAS			<input type="checkbox"/> HERRAMIENTA MANUAL MECANIZADA			<input type="checkbox"/> PAPEL			<input type="checkbox"/> SUPERFICIE DE TRABAJO				
<input type="checkbox"/> VESTUARIO			<input type="checkbox"/> EQUIPOS DE CALEFACCION			<input type="checkbox"/> ARBOLES			<input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE				
<input type="checkbox"/> CARBON Y DERIVADOS DEL PETROLEO			<input type="checkbox"/> APARATOS DE IZAR			<input type="checkbox"/> ARTICULOS PLASTICOS			<input type="checkbox"/> MISCELANEOS				
<input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE			<input type="checkbox"/> AGENTES INFECCIOSOS			<input type="checkbox"/> BOMBAS			<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO				
<input type="checkbox"/> DROGAS			<input type="checkbox"/> ESCALERAS			<input type="checkbox"/> ARMAS			<input type="checkbox"/> NINGUNO				
<input type="checkbox"/> APARATOS ELECTRICOS			<input type="checkbox"/> LIQUIDOS			<input type="checkbox"/> EQUIPO RADIOACTIVO			<input type="checkbox"/> OTRO				
<input type="checkbox"/> RECIPIENTES DE PRESION			<input type="checkbox"/> EDIFICACION			<input type="checkbox"/> JABONES							
<input type="checkbox"/> EXCAVADORAS			<input type="checkbox"/> MAQUINAS			<input type="checkbox"/> DESECHO INDUSTRIAL							
PARTE(S) O LADO(S) DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADAS (E Izquierda, D: Derecho, A: Ambos, NE: No Especificado)													
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
CABEZO			CUELLO			DEDOS MANOS			MUÑO				
CADERA			EXTREMIDAD SUPERIOR			TORAX			PIERNA				
CODO			HOMBRO			ABDOMEN			CODOLLA				
CODO			BRAZO			ESPALDA			CIBELLO				
CODO			CODO			CADENA			PIE				
CODO			ANTEBRAZO			CINTALES			DEDOS PIE				
CODO			MUÑO			GLUTEOS			SISTEMA ORGANICOS				
CODO			MUÑOCA			EXTREMIDAD INFERIOR			OTROS				

V. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

POR FAVOR ESCRIBA DETALLADAMENTE TODO LO QUE USTED CONSIDERE IMPORTANTE PARA COMPLEMENTAR LA INFORMACION DEL ACCIDENTE.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES _____ C.C. _____

I.P.S. QUE
LO ATENDIO:

APELLIDOS Y NOMBRES _____ C.C. _____

CIUDAD: _____

DEPTO: _____

PAIS: _____

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME:

APELLIDOS Y NOMBRES _____

CARGO _____

FIRMA: _____

VI. COMPROBACION DE DERECHOS - Espacio Reservado Exclusivamente para la ARP - Seguro Social

AFILIACION		CERTIFICADO NOVEDADES										CICLOS EN MORA			CONCEPTO				
SI/NO	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	7.1	7.2	8			OTROS	1	2	3	4	5


NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPTO. RIESGOS LAB.

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE

NOTA: LOS CODIGOS A CONSIGNAR SE ENCUENTRAN EN LA COPIA No. 3 EN SU RESPALDO



**QUE SE DEBE TENER EN CUENTA
AL MOMENTO DEL
DILIGENCIAMIENTO DEL FURAT**



En la cara posterior del formato se encuentran todas las instrucciones para el diligenciamiento del FURAT y las indicaciones de la información de cada campo.

Diligéncielo en letra imprenta, a máquina o a mano en tinta negra.

Garantice que la información del reporte sea clara y veraz.

Recuerde que este es un documento legal.