



Cartagena de Indias D.T. y C., miércoles, 19 de febrero de 2025

CIRCULAR AMC-CIR-000246-2025

Asunto: Reporte de accidentes de trabajo docente y administrativo - formatos

Para: JEFES DE OFICINA, DIRECTIVOS DOCENTES, DOCENTES, PERSONAL ADMINISTRATIVO

Cordial saludo,

Mediante el presente y con la finalidad de fortalecer el proceso de Talento Humano - subproceso de salud ocupacional, nos permitimos socializar información relacionada con el reporte de accidentes de trabajo en las diferentes dependencias de la Secretaría de Educación Distrital de Cartagena e Instituciones Educativas Oficiales:

1. Definición legal de Accidente de Trabajo - Ley 1562 de 2012:

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contrafante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

2. Término legal para reportar todo accidente de trabajo:

Todo accidente de trabajo deberá ser informado dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia.

3. Reporte de accidente de trabajo personal docente y directivo docente:

Paso 1: El funcionario docente o directivo docente sufre el accidente en cumplimiento de sus funciones.

Paso 2: El funcionario accidentado y/o los testigos del accidente notifican al superior inmediato.

Paso 3: El superior inmediato lo direcciona a la IPS más cercana, en especial Clínica Blas De Lezo o Clínica San José de Torices.

Paso 4: El superior inmediato del docente o directivo docente debe diligenciar el **Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT)** dispuesto por FIDUPREVISORA en todos sus campos



[CODIGO-QR]
[URL-DOCUMENTO]

conforme al instructivo, y radicar a la Secretaría de Educación mediante la plataforma del Sistema de Atención al Ciudadano – SAC – para garantizar la trazabilidad de la gestión.

De no reportar el presunto accidente laboral dentro del término legalmente establecido "dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia", podrá incurrir en multas y sanciones conforme a la normatividad vigente.

Paso 5: Desde la Secretaría de Educación Distrital, se notifica el FURAT al prestador de salud y al FOMAG.

4. Reporte de accidente de trabajo personal administrativo:

Paso 1: El funcionario administrativo sufre el accidente en cumplimiento de sus funciones.

Paso 2: El funcionario accidentado y/o los testigos del accidente notifican al superior inmediato.

Paso 3: El jefe inmediato debe reportar a la ARL SURA a la línea 018000511414, o al fijo 6056424938, desde celular #888, seguir las indicaciones y tener a la mano la siguiente información NIT No. 890480184-4. Nombre, cédula y número de teléfono del funcionario accidentado, así como la descripción del evento; con el fin de direccionar al accidentado a la IPS más cercana o para coordinar cuando sea necesario, el transporte al servicio de urgencias.

Paso 4: Simultáneamente el jefe inmediato debe diligenciar el formato **GADAT06-F001 Formato de Auto reporte AT-IT dispuesto por la Alcaldía Mayor de Cartagena** en todos sus campos y radicar a la Secretaría de Educación mediante la plataforma del Sistema de Atención al Ciudadano – SAC – para garantizar la trazabilidad de la gestión.

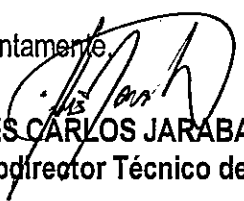
De no reportar el presunto accidente laboral dentro del término legalmente establecido "dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia.", podrá incurrir en multas y sanciones conforme a la normatividad vigente.

Paso 5: Desde la Secretaría de Educación Distrital, se realizará el registro de la información contenida en el formato **GADAT06-F001 Formato de Auto reporte AT-IT** en la plataforma de la ARL SURA para que se genere el respectivo FURAT.

5. Formatos:

- Se anexa FORMATO FURAT DOCENTES
- Se anexa formato de auto-reporte para el personal administrativo **GADAT06-F001 Formato de Auto reporte AT-IT**.

Atentamente,


LUIS CARLOS JARABA CORREA
Subdirector Técnico de Talento Humano

Proyectó
Arellis Hernández Cabarcas/Profesional Universitario 

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

{fiduprevisora}

No.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL	SI	NO	CUÁL
				CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA					
TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR (2) CONTRATANTE (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO					
SEDE PRINCIPAL					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA				CÓDIGO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
		NI CC CE N.U PA			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
				ZONA U R	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					
CÓDIGO					
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI NO					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U R	
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ					
TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA (2) MISIÓN (3) COOPERADO (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ (5) INDEPENDIENTE					
CÓDIGO (5)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
				SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO	
CC CE N.U TI PA				D D M M A A A A	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA U R	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
				D D M M	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
D D M M A A A A				(1) DIURNA (2) NOCTURNA (3) MIXTO (4) TURNOS	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE					
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
D D M M A A A A		H H M M		LU MA MI JU VI SA DO	
JORNADA EN QUE SUCDE (1) NORMAL (2) EXTRA		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI (2) NO		CÓDIGO	
(1) SI (2) EXTRA		(1) SI (2) NO			
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		TIPO DE ACCIDENTE		(1) VIOLENCIA (2) TRANSITO (3) DEPORTIVO (4) RECREATIVO O CULTURAL (5) PROPIOS DEL TRABAJO	
H H M M				(1) SI (2) NO	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI (2) NO		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
(1) SI (2) NO					
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA (2) FUERA DE LA EMPRESA				ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U R	

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)	TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)
(1) AULAS DE CLASE (2) TRANSPORTE ESCOLAR (3) ÁREAS INDUSTRIALES O DE FORMACIÓN TÉCNICA (4) CORREDORES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR (7) OFICINAS (8) ÁREAS DEPORTIVAS RECREATIVAS O DE ALIMENTACIÓN (9) OTRO. (Especifique)	(10) FRACTURA (20) LUXACIÓN (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) (41) HERIDA (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO (60) QUEMADURA
	(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (81) ASFIXIA (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN (90) LESIONES MÚLTIPLES (99) OTRO. (Especifique)

PARTES DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
(1) CABEZA (1.12) OJO (2) CUELLO (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) (3.32) TORAX (3.33) ABDOMEN (4) MIEMBROS SUPERIORES (4.46) MANOS (5) MIEMBROS INFERIORES (5.56) PIES (6) UBICACIONES MÚLTIPLES (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS (2) MEDIOS DE TRANSPORTE (3) APARATOS (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS (4) MATERIALES O SUSTANCIAS (4.4) RADIACIONES (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	(1) CAÍDA DE PERSONAS (2) CAÍDA DE OBJETOS (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES (4) ATRAPAMIENTOS (5) SOBRESUEFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS (9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI NO
	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC CE N.U TI PA
	No.
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC CE N.U TI PA
	No.
	CARGO
	CARGO
	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC CE N.U TI PA
	No.
	FIRMA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
	D D M M A A A A

GERENCIA SERVICIOS DE SALUD

V1. 25-02-2019

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO



ALCALDIA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

Código: GADAT06-F001

MACROPROCESO: GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Versión: 2.0

PROCESO/ SUBPROCESO: ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO / SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 01/03/2023

AUTOREPORTE DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO

Pagina: 1 de 1

Marque con una (x)

INCIDENTE

ACCIDENTE

FECHA DEL REPORTE

DATOS DEL TRABAJADOR:

Apellidos y Nombres

Documento de identidad

Tipo de documento

CC

CE

PA

TI

UN

Cargo:

Salario:

Fecha de ingreso a la empresa

DD

MM

AAAA

Tipo de vinculación:

Planta:

Contratista:

Otro

Cual?

INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO:

Fecha de ocurrencia del evento

DD

MM

AAAA

Hora de ocurrencia del evento

HH

MM

SS

Lugar donde ocurrió el evento

Hora de inicio de la jornada laboral

HH

MM

SS

Se informó oportunamente el accidente de trabajo

Si

No

Descripción escrita del evento por parte del trabajador

Especifique qué, como, cuando, donde, parte del cuerpo afectada, tipo de lesión, factor que lo originó

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE / ACCIDENTE

Nombres y apellidos

Cargo

CC

FIRMA TRABAJADOR ACCIDENTADO

CC.: