



**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**  
**DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD OCUPACIONAL**  
**REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
1er. NOMBRE      2do. NOMBRE      1er. APELLIDO      2do. APELLIDO      DE CASADA

Seguro Social N°: \_\_\_\_\_      N° Cédula / Pasaporte : \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial: \_\_\_\_\_      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_      Sexo: M  F   
DIA      MES      AÑO

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_      No. De Celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACION LABORAL**

Fecha de ingreso a la empresa: \_\_\_\_\_      Último día laborado \_\_\_\_\_  
DIA      MES      AÑO      DIA      MES      AÑO

Hasta qué hora laboró \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Salario: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Explique brevemente cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

| FECHA DEL ACCIDENTE |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Día                 | Mes | Año |
|                     |     |     |

| HORA DEL ACCIDENTE |      |
|--------------------|------|
| a.m.               | p.m. |
|                    |      |

Sucedió en la empresa: SI  NO  → Especifique el lugar: \_\_\_\_\_

Indique la(s) lesiones y la(s) partes del cuerpo afectada(s): \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

N° DE EMPLEADOR: \_\_\_\_\_      Actividad Económica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

| HORARIOS DE TRABAJO            |   |  |   |
|--------------------------------|---|--|---|
|                                | De  |  | Hasta                                       |
| Lunes a viernes                | <input type="text"/> a <input type="text"/> |  | <input type="text"/> a <input type="text"/> |
| Sábado                         | <input type="text"/> a <input type="text"/> |  | <input type="text"/> a <input type="text"/> |
| Domingo                        | <input type="text"/> a <input type="text"/> |  | <input type="text"/> a <input type="text"/> |
| Horario del día del accidente: | <input type="text"/> a <input type="text"/> |  | <input type="text"/> a <input type="text"/> |
| Total de horas semanales:      | <input type="text"/>                        |  | Días libres: <input type="text"/>           |

Prima de Riesgos Profesionales: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Empresa:  Pública  Privada  
 Indique si la empresa labora con turnos rotativos  
 SI  NO   
 Nota: En caso afirmativo, por favor adjunte al presente Reporte el horario de los turnos rotativos

**TESTIGOS DEL ACCIDENTE**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REPORTAR EL RIESGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula N°: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_      DIA      MES      AÑO

Observaciones: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA**

TIPO DE ACCIDENTE

CAUSA EXTERNA

AGENTE

ACTIVIDAD REALIZADA

NATURALEZA DE LA LESIÓN

PARTE AFECTADA

DISTRITO DONDE OCURRIÓ