

# FORMATO ÚNICO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (FURAT)

FOMAG

Administrado por  
{fiduprevisora}

FOMAG	Administrado por {fiduprevisora}	REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO PARA LOS EDUCADORES ACTIVOS AFILIADOS AL FOMAG	PROCESO: Administración de Servicios de Salud CÓDIGO: FR-ST-04
		RESOLUCIÓN 0156 DE 2005	VERSIÓN: 00
	I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACIÓN (ETC)		
SEDE PRINCIPAL			
NOMBRE ETC:	N° IDENTIFICACIÓN (N°):	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CÓDIGO ELECTRÓNICO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	ZONA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
			ZONA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR			
NOMBRE COMPLETO DE LA SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
			ZONA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II. INFORMACIÓN DEL EDUCADOR ACCIDENTADO			
TIPO DE VINCULACIÓN			
PROPIEDAD: <input type="checkbox"/>	PERIODO DE PRUEBA: <input type="checkbox"/>	PROVISIONAL EN VACANCIAS DEFINITIVA: <input type="checkbox"/>	PROVISIONAL EN VACANCIAS TEMPORAL: <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C: <input type="checkbox"/> I: <input type="checkbox"/> J: <input type="checkbox"/> T: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA ____/____/____	SEJO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
CARGO: DOCENTE: <input type="checkbox"/> DIRECTOR (A): <input type="checkbox"/> D.D. RECTOR (A): <input type="checkbox"/> COORDINADOR (A): <input type="checkbox"/>	FECHA DE INGRESO A LA ETC: DD/MM/AAAA ____/____/____	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: MAÑANA: <input type="checkbox"/> TARDE: <input type="checkbox"/> NOCHE: <input type="checkbox"/> ALFAL: <input type="checkbox"/> COMPLETA: <input type="checkbox"/> ÚNICA: <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA: <input type="checkbox"/>	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO			
FECHA DEL ACCIDENTE DD/MM/AAAA ____/____/____	HORA DEL ACCIDENTE (H:MIN): ____:____	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE EL ACCIDENTE: LUNES: <input type="checkbox"/> MARTES: <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES: <input type="checkbox"/> JUEVES: <input type="checkbox"/> VIERNES: <input type="checkbox"/> SÁBADO: <input type="checkbox"/> DOMINGO: <input type="checkbox"/>	
JORNADA EN QUE SUCEDE: NORMAL: <input type="checkbox"/> EXTRA: <input type="checkbox"/>	¿SE HA REALIZADO EL ÚNICO HABITUAL? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	CUAL: (Especificar solo en caso negativo)	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: ____ HR. ____ MM.
TIPO DE ACCIDENTE: INICIO DEL TRABAJO: <input type="checkbox"/> TRÁNSITO: <input type="checkbox"/> VIGILANCIA: <input type="checkbox"/> ESPORTIVO: <input type="checkbox"/> RECREATIVO: <input type="checkbox"/>	¿CAUSÓ LA MUERTE? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE:	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE:
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> TRABAJO EN CASA: <input type="checkbox"/>		INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ	

# COMPONENTES DE FURAT

**48 horas  
hábles**

**El formulario se encuentra compuesto por tres ítems**

**I.**

**IDENTIFICACIÓN  
GENERAL DE LA  
ENTIDAD  
TERRITORIAL  
CERTIFICADA EN  
EDUCACIÓN  
(ETC)**

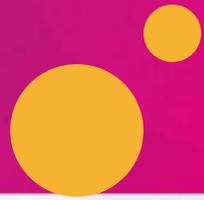
**II.**

**INFORMACIÓN  
DEL EDUCADOR  
ACCIDENTADO**

**III.**

**INFORMACIÓN  
SOBRE EL  
ACCIDENTE DE  
TRABAJO**

# ¿COMO REPORTAR EL ACCIDENTE DE TRABAJO?



**FOMAG**  
BIENVENIDO

CORREO ELECTRÓNICO

CONTRASEÑA

No soy un robot

INGRESAR

RECUPERAR CONTRASEÑA

Usuarios de Centro Regulador  
Usuario: NroDelNit@  
Contraseña: NroDelNit

Cualquier dificultad al ingreso de centro regulador:  
centroregulador@fiduprevisora.com.co

Ingrese a la página  
<https://horus2.horus-health.com/>

Registrando los datos  
para inicio de sesión

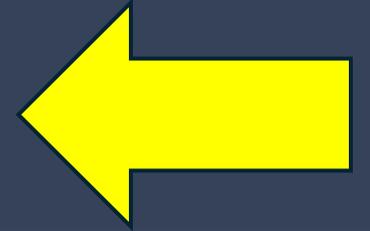
1

# ¿Como reportar el accidente de trabajo?

2

**Ingrese al módulo  
SST y haga clic en la  
opción FURAT**

**FURAT**

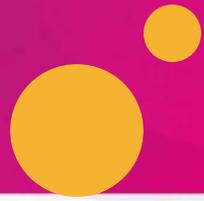


**Histórico FURAT**

**Firma Investigaciones**

**Parametrizacion ETC**

# ¿Como reportar el accidente de trabajo?



3

Buscar Afiliado

Tipo de documento ▼

Número documento

Señor usuario, puede descargar el Formato de Reporte de Accidente de Trabajo para los Educadores Fomag haciendo click [aquí](#)

COPYRIGHT © 2025

HECHO

**Seleccione el tipo y registre el número de documento. Haga clic en Buscar.**

# ¿Como reportar el accidente de trabajo?

4

**Se visualizará el formulario de reporte de accidente de trabajo, el cual debe ser diligenciado en su totalidad.**

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

Municipio  
MEDELLIN

Cargo

Fecha de Ingreso a ...

Fecha del Accidente

Hora del Accidente

Día del Accidente  
Fecha inválida

Estaba realizando su I...

Total Tiempo Labor...

Tipo Accidente

Municipio del Accidente

Zona Accidente

Lugar Donde Ocurrió el Accidente

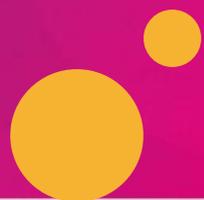
Indique el sitio donde ocurrió

Tipo de Lesion

COPYRIGHT © 2025

HECH

# ¿Como reportar el accidente de trabajo?



5

<b>FOMAG</b>	Administrado por: {fiduprevisora}	<b>REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO PARA LOS EDUCADORES ACTIVOS AFILIADOS AL FOMAG</b>	PROCESO: Administración de Servicios de Salud
		RESOLUCION 0156 DE 2005	CÓDIGO: FR-ST-04
			VERSION: 00
<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACIÓN (ETC)</b>			
<b>SEDE PRINCIPAL</b>			
NOMBRE ETC:	N° IDENTIFICACIÓN (NIT):	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	ZONA: U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
<b>ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR</b>			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
<b>SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR</b>			
NOMBRE COMPLETO DE LA SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
<b>II. INFORMACION DEL EDUCADOR ACCIDENTADO</b>			
TIPO DE VINCULACIÓN : PROPIEDAD: <input type="checkbox"/> PERIODO DE PRUEBA: <input type="checkbox"/> PROVISIONAL EN VACANCIA DEFINITIVA <input type="checkbox"/> PROVISIONAL EN VACANCIA TEMPORAL <input type="checkbox"/>			
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> P.A <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA ____/____/____	SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
CARGO: DOCENTE: <input type="checkbox"/> ORIENTADOR (A): <input type="checkbox"/> D.D. RECTOR (A): <input type="checkbox"/> COORDINADOR (A): <input type="checkbox"/>	FECHA DE INGRESO A LA ETC: DD/MM/AAAA ____/____/____	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: MAÑANA: <input type="checkbox"/> TARDE: <input type="checkbox"/> NOCHE: <input type="checkbox"/> GLOBAL: <input type="checkbox"/> COMPLETA: <input type="checkbox"/> ÚNICA: <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA: <input type="checkbox"/>	
<b>III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>			
FECHA DEL ACCIDENTE DD/MM/AAAA ____/____/____	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA: ____ MIN: ____	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>	
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL: <input type="checkbox"/> EXTRA: <input type="checkbox"/>	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	CUÁL: (Diligenciar solo en caso negativo)	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: ____ HH: ____ MM
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO: <input type="checkbox"/> TRANSGITO: <input type="checkbox"/> VIOLENCIA: <input type="checkbox"/> DEPORTIVO: <input type="checkbox"/> RECREATIVO: <input type="checkbox"/>	CAUSÓ LA MUERTE SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> TRABAJO EN CASA: <input type="checkbox"/>		ZONA ACCIDENTE U ____ R ____	
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ			

Al registrar la información y enviar el reporte de accidente, se podrá realizar la impresión del formato físico con la fecha y hora de realización del mismo.



Administrado por  
{fiduprevisora)



# ¡Gracias!

**Presentado por:**  
Luz Marina Comba R

**Dirección Nacional  
de seguridad y salud  
en el trabajo**