**INSTRUCTIVO PARA REPORTE DEL INCIDENTE / ACCIDENTE LABORAL**

a) Cuando se presente el accidente de un trabajador de la Alcaldía Distrital, contratista o proveedor, deberá informarse al jefe inmediato del trabajador, el cual simultáneamente comunicará al área encargada de Seguridad y Salud en el trabajo de la Secretaria de Gestión Humana, podrá el accidentado o en su defecto testigo o compañero de trabajo designado diligenciar el formato de pre-reporte de incidente / accidente laboral que se encuentra en la página web institucional [https://www.barranquilla.gov.co/gestion-humana/sistema-de-gestion-sst e](https://www.barranquilla.gov.co/gestion-humana/sistema-de-gestion-sst)n el enlace funcionarios, link Bienestar & SST, posterior al diligenciamiento deberá remitirlo al correo [***saludocupacional@barranquilla.gov.co,***](mailto:saludocupacional@barranquilla.gov.co)quienes se pondrán en contacto con la persona accidentada, de igual manera podrá allegarse de manera directa a las instalaciones de la Secretaria de gestión Humana en el Edificio Central, piso 7, en un plazo no mayor a dos (02) días hábiles posteriores a la ocurrencia del evento.

b) De inmediato se debe atender al accidentado por un brigadista de primeros auxilios del área donde ocurre el evento, el cual deberá seguir con el protocolo de atención según la gravedad del accidente.

c) Se debe determinar si es necesario su transporte a una IPS y dirigirlo a uno de los prestadores de la Red de Servicios Médicos asistenciales de la ARL POSITIVA y realizar la respectiva coordinación con los responsables del SG- SST.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRE-REPORTE DE INCIDENTE / ACCIDENTE LABORAL** | | |
| **INFORMACIÓN DEL ACCIDENTADO** | | |
| Tipo de vinculación (planta o contratista) | |  |
| Nº documento de identidad | |  |
| Fecha de nacimiento | |  |
| Nombres y apellidos | |  |
| Cargo | |  |
| Dirección de residencia | |  |
| Teléfono celular | |  |
| Correo electrónico | |  |
| Ocupación habitual (profesión) | |  |
| EPS | |  |
| Fondo de pensión | |  |
| Salario | |  |
| **INFORMACIÓN DEL INCIDENTE / ACCIDENTE LABORAL** | | |
| Fecha de ocurrencia del incidente/accidente | |  |
| Día de la semana de ocurrencia del incidente/accidente | |  |
| Hora del incidente/accidente | |  |
| ¿Realizaba su labor habitual? | |  |
| Hora de ingreso a laborar el día del incidente/accidente | |  |
| Lugar de ocurrencia del incidente/accidente (Escaleras, pasillos, oficinas, etc, indicar si es por fuera del edificio, dirección o sede) | |  |
| Tipo de lesión (Fractura, golpe o contusión, herida abierta, etc) | |  |
| Parte del cuerpo afectada | |  |
| Nombre del testigo si lo hubo | |  |
| Número de identificación del testigo | |  |
| Teléfono del testigo | |  |
| **DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INCIDENTE / ACCIDENTE LABORAL**  (Por favor suministrar la información precisa del evento) | | |
|  | | |
| Nombre de quien diligencia: |  | |
| Número de identificación: |  | |
| Cargo: |  | |
| Fecha de diligenciamiento: |  | |