

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
		RESOLUCIÓN 0156 DE 2005		CÓDIGO: FR-ST-04
				VERSIÓN: 00
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACIÓN (ETC)				
SEDE PRINCIPAL				
NOMBRE ETC	Nº IDENTIFICACIÓN (NIT)	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR				
NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO				
TELÉFONO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR				
NOMBRE COMPLETO DE LA SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO				
TELÉFONO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
II. INFORMACIÓN DEL EDUCADOR ACCIDENTADO				
TIPO DE VINCULACIÓN				
PROPIEDAD ☐	PERIODO DE PRUEBA ☐	PROVISIONAL EN VACANCIA DEFINITIVA ☐	PROVISIONAL EN VACANCIA TEMPORAL ☐	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C ☐ I ☐ U ☐ T ☐ F ☐ A ☐	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA	SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
CARGO DOCENTE ☐ ORIENTADOR (A) ☐ D.D. RECTOR (A) ☐ COORDINADOR (A) ☐	FECHA DE INGRESO A LA ETC DD/MM/AAAA	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MANAÑA ☐ TARDE ☐ NOCHE ☐ OTRO ☐ COMPLETA ☐ ÚNICA ☐ FIN DE SEMANA ☐		
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO				
FECHA DEL ACCIDENTE: DD/MM/AAAA		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE EL ACCIDENTE JUEVES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO ☐		
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL ☐ EXTRA ☐	¿ESTABA REALIZANDO TRABAJO HABITUAL? SI ☐ NO ☐	CUAL: (Especificar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO ANTES AL ACCIDENTE: ____ HR ____ MIN
TIPO DE ACCIDENTE: INMUNIZACION ☐ PRIMARIO ☐ SECUNDARIO ☐ EXTERNO ☐ INTERNO ☐	¿CAUSÓ LA MUERTE? SI ☐ NO ☐	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DEL ACCIDENTE
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: ☐ FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: ☐ TRABAJO EN CASA: ☐				
INDICAR EL SITIO DONDE OCURRIÓ				

Formato Único De Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT)



O B J E T I V O S

Estandarización del reporte de accidentes de trabajo

Registro y control de accidentes laborales.

Recolección de datos para análisis y prevención

Agilizar la comunicación

Integra la información

COMPONENTES DE FURAT

El formulario se encuentra compuesto por tres ítems

**48 horas
hábiles**

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?



1

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

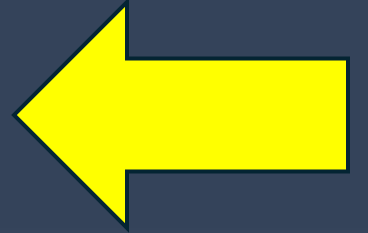
Administrado por
{fiduprevisora}

¿Como reportar el accidente de trabajo?

2

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

FURAT



Histórico FURAT

Firma Investigaciones

Parametrizacion ETC

¿Como reportar el accidente de trabajo?



3

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

The screenshot shows a web application interface with a blue header bar containing a menu icon. Below the header, there is a search bar with a user icon and the text "Buscar Afiliado". Underneath the search bar, there are two input fields: "Tipo de documento" with a dropdown arrow and "Número documento". A yellow banner with an information icon and text is visible below the input fields. At the bottom left, there is a copyright notice "COPYRIGHT © 2025" and at the bottom right, the word "HECHO" is displayed.

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

¿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.

Municipio
MEDELLIN

Cargo

Fecha de Ingreso a ...

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha del Accidente

Hora del Accidente

Día del Accidente
Fecha inválida

¿Estaba realizando su l...

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?

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

QUE ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?



Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.

Se produzca una lesión orgánica una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Durante el traslado de los trabajadores.

- Siempre y cuando sea Suministrado por el empleador.



Durante el ejercicio de la función sindical.

- Cumpliendo dicha actividad.



La ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales.

- Siempre y cuando este en representación

CUANDO UN AT ES GRAVE?



Resolución 1401
de 2007.

Accidente de
Trabajo Grave

Aquel que trae como consecuencia una lesión tal como una **amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos** (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); **trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano**, tales como aplastamiento o quemaduras; **lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares** que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la **capacidad auditiva**".



Administrado por
{fiduprevisora)



¡Gracias!

