



MAPFRE | ARL

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE (FURAT)

Reporte No. A8903232399140513397

Fecha Diligenciamiento

Fecha Radicación

Codigo 1430

I. Información del Empleador.	Nombre o Razón social		Identificación		Tipo Vinculador			
	SERTEMPO CALI S.A		NT-8903232399		Empleador			
	Nombre de la Sede Principal		Actividad económica principal (Decreto 1607/02)					
	CALI		EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO					
	Dirección de la sede principal		Municipio		Departamento			
	CALLE 17 NORTE N° 4 N 25		CALI		VALLE			
	Zona	Teléfono	Fax	Correo				
		6856700		ZULENY.VALDERRAMA@SERTEMPO.COM				
II. Información del trabajador al momento del accidente.	Centro de Trabajo		Actividad económica centro de trabajo					
	3-RIESGO 3							
	Dirección del Centro de Trabajo		Municipio		Departamento			
	Zona	Teléfono	Fax	Correo				
	Nombres		JESUS HUMBERTO	Apellidos		MUÑOZ	Sexo	Masculino
	Identificación		CC-13061049	Fecha de Nacimiento		*****	Tipo Vinculación Laboral	
EPS		13-SALUDCOOP	AFP		23201-PROTECCION			
Dirección Residencia		Municipio		Departamento				
VEREDA SA ROQUE BAJO		TUQUERRES		NARINO				
Zona		Teléfono	Fax	Celular	Ocupación Habitual (CIUO-			
Rural		3217816697		3217816697	3419-TECNICOS POSTSECUNDARIOS NO			
Fecha de Vinculación		01/05/2013	Jornada habitual de trabajo		Diurno			
Antigüedad en la ocupación		Meses 12	Días 15	Centro Trabajo Accidente		3-RIESGO 3		
¿Causó la muerte del trabajador? No								
III. Información sobre el accidente de trabajo (AT).	Fecha Accidente	Hora HH:MM	Municipio	Código	Departamento	Código Zona	Día Accidente	Tiempo laborado antes del AT HH:MM
	07/02/2014	08:00	Seleccione...	838	NARINO	52 Rural	Viernes	00:30
	¿Estaba realizando su labor habitual?		Si	Labor ejecutada en el momento del				
	Código (CIUO-88)		3419	TECNICOS POSTSECUNDARIOS NO UNIVERSITARIOS Y ASISTENTES EN				
	Mecanismo o forma del accidente.			Lugar del accidente.		Jornada de ocurrencia del		
	ATRAPADA POR UN OBJETO O ENTRE OBJETOS					Normal		
	Sitio del accidente de trabajo			Tipo de Accidente de trabajo				
	AREAS COMUNES			PROPIOS DEL TRABAJO				
Tipo de lesión		Agente causante de la lesión		Parte del cuerpo aparentemente afectada				
[*][*]FRACTURAS		[*][*]MEDIOS DE TRANSPORTE Y		[*][*]MIEMBROS INFERIORES				
IV. Descripción del accidente	Nombres y apellidos testigo		Nombres y apellidos responsable		Firma del responsable			
	CESAR MAYA		JUAN CARLOS GUERRERO DELGADO					
	Identificación		CC-13069164	Identificación responsable		CC-79554672		
	Descripción del Accidente							
EMPEZAMOS A LAS 7,30 DE LA MAÑANA , ESTABAMOS EN EL RECORRIDO DE LA RUTA No. 1, SUBIENDO A VISTA HERMOSA Y HAY UNA CUESTA DON DE TERMINA LA PAVIMENTADA, HAY UN PLAN DONDE EL CARRO SIEMPRE GIRA, EL CARRO NO VOLTEO SINO QUE HECHO REVERSA DE UNA HACIA ATRÁS Y YO ESTUVE COMO CONFIADO QUE VA A PARAR EL CARRO PERO EL ESTRIBO DEL CARRO ME SOBÓ LAS PIERNAS Y YO EMPECE A ECHAR HACIA ATRÁS PENSANDO QUE EL CARRO IBA A PARAR, YA NE ASUSTE Y PENSÉ EN VOLARME PARA ALGÚN LADO, ME SUBÍ AL ESTRIBO Y YA SENTÍ EL APRETÓN CONTRA EL BORDO DE HIERVA. YA APRETADO NO PUDE SACAR LA PIERNA Y EMPECE A GRITAR, IGUALMENTE MI COMPAÑERO LLEGÓ PERO NO PUDO SACAR, LA MISMA GENTE SE APEGABA Y GRITABA QUE ECHE EL CARRO HACIA ADELANTE, AL CHOFER SE LE APAGÓ EL CARRO, SE BAJO A VER QUE PASABA, TODA LA GENTE LE AYUDO A EMPUJAR EL CARRO, LUEGO ME LLEVARON EN UN TAXI AL HOSPITAL.								