

# INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representante o delegados, sus variables no podran ser modificados por persona o entidad alguna.

9999

491693

EPS a la que esta afiliado EMSSANAR EPS Código EPS 84  
 ARP a la que esta afiliado LA EQUIDAD SEGUROS O.C. Código ARP 72  
 AFP a la que esta afiliado COLPENSIONES Código AFP 7  
 Seguro Social  Cual  (Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social)

## I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

**TIPO DE VINCULADOR LABORAL**  
 (1) Empleador  
 (2) Contratante  
 (3) Cooperativa de Trabajo Asociado

**SEDE PRINCIPAL**  
 Nombre de la actividad Económica  
**EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVI**  
 Código 4603101

NOMBRE O RAZON SOCIAL TAXINDENSA SAS  
 TIPO DE IDENTIFICACION NI  CC  NU  PA  No. 901187130  
 DIRECCION CRA 44 5 - 75 TELEFONO 3798436 FAX \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO (MAIL) : taxindensa2018@hotmail.com  
 DEPARTAMENTO VALLE 76 MUNICIPIO CALI 76001 ZONA U  R

### CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal ? SI  NO  Código \_\_\_\_\_  
 Solo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo  
 NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ZONA U  R

## II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

**TIPO DE VINCULACIÓN**  
 (1) Planta  (2) Misión  (3) Cooperado  (4) Estudiante o aprendiz  (5) Independiente Código \_\_\_\_\_

PRIMER APELLIDO MARIN SEGUNDO APELLIDO DIAZ  
 PRIMER NOMBRE FRANK SEGUNDO NOMBRE EDUARDO  
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC  CE  NU  TI  PA  No. 94509874  
 FECHA DE NACIMIENTO DD 09 MM 11 AAAAA 1977 SEXO M  F   
 DIRECCION CRA 56 6A 75 TELEFONO 3798432 FAX \_\_\_\_\_  
 DEPARTAMENTO VALLE 76 MUNICIPIO CALI 76001 ZONA U  R   
 CARGO TAXISTA OCUPACION HABITUAL 4 CÓDIGO 9999  
 TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE DD 27 MM 2 OCUPACIÓN HABITUAL  
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DD 07 MM 10 AAAAA 2020 SALARIO U HONORARIOS \$ 877,803  
 (MENSUALES)  
 JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA  (2) NOCTURNA  (3) MIXTO  (4) TURNOS

## III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DE ACCIDENTE DD 30 MM 12 AAAAA 2020 HORA DEL ACCIDENTE 18 40  
 ( 0-23 HRS) HH MM  
 DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO ACCIDENTE         JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL  (2) EXTRA   
 LU MA MI JU VI SA DO  
 ESTA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL ? SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_  
 (Diligenciar sólo en caso negativo )  
 TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE HH 5 MM 40