

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
ASMET SALUD - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA	143	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	COLFONDOS	Código AFP	010

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral	<input checked="" type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Contratante	<input type="radio"/> Cooperativa de trabajo asociado				
Nombre de la actividad económica							
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADO DE MAQUINARIA Y EQUIPO, INCLUYE EL MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE TURBINAS PARA LA GENERACIÓN DE ENERGÍA Y CALOR, BOMBAS Y EQUIPO HIDRÁULICO O CONEXO DE PROPULSIÓN DE FLUIDOS, MAQUINARIA AGRÍCOLA, SILVÍCOLA Y PARA LA EXPLOTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MADERA; MAQUINARIA PARA LA METALURGIA; MAQUINARIA PARA LA MINERÍA, LA CONSTRUCCIÓN Y PARA LOS CAMPOS PETROLÍFEROS Y DE GAS							
Nombre o razón social							
COLOMBIANA DE CALDERAS INTERNACIONAL COLCALDERAS SAS							
Tipo de identificación	<input checked="" type="radio"/> NI	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE	<input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> PA	Número	901195367
Dirección	Teléfono		Fax				
CL 71 # 4 NORTE - 44	3225849749						
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona				
COLCALDERASINTERNACIONAL@GMAIL.COM	VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input type="radio"/> U <input checked="" type="radio"/> R				

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal?		<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Nombre de la actividad económica del centro de trabajo	Código de la actividad económica del centro de trabajo	5331201	
MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN ESPECIALIZADO DE MAQUINARIA Y EQUIPO, INCLUYE EL MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE TURBINAS PARA LA GENERACIÓN DE ENERGÍA Y CALOR, BOMBAS Y EQUIPO HIDRÁULICO O			
Dirección	Teléfono		Fax
KM 8 VI CALI - PALMIRA	3108489181		
Departamento	Municipio	Zona	
VALLE DEL CAUCA	PALMIRA	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación	<input checked="" type="radio"/> Planta	<input type="radio"/> Misión	<input type="radio"/> Cooperado	<input type="radio"/> Estudiante o aprendiz	<input type="radio"/> Independiente	Código
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres				
HURTATIS	MOTATO	BRIAN DAVID				
Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo			
<input type="radio"/> NI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	1118300486	19041993	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
Dirección	Teléfono		Fax			
CR 28-2 # 112 - 36	3117555173					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	OFICIAL			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
OPERADORES DE MÁQUINAS DE VAPOR Y CALDERAS	7:17					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
08102022	1250000	<input checked="" type="radio"/> Diurna <input type="radio"/> Nocturna <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Turnos				

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrió el accidente	
25052023 02:30:00	N	Jueves	
Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?	
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Extra	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrió el accidente
<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	CAUCA	MIRANDA	<input type="radio"/> U <input checked="" type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
8:0	<input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Tránsito <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input checked="" type="radio"/> Propios del trabajo		

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 1 de 2

Indique cuál sitio

- ☐ Almacenes o depósitos
- ☒ Áreas de producción
- ☐ Áreas recreativas o deportivas
- ☐ Corredores o pasillos
- ☐ Escaleras
- ☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular
- ☐ Oficinas
- ☐ Otras áreas comunes
- ☐ Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

- ☐ Cabeza
- ☒ Ojo
- ☐ Cuello
- ☐ Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- ☐ Tórax
- ☐ Abdomen
- ☐ Miembros superiores
- ☐ Manos
- ☐ Miembros inferiores
- ☐ Pies
- ☐ Ubicaciones múltiples
- ☐ Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

- ☐ Fractura
- ☐ Luxación
- ☐ Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
- ☐ Conmoción o trauma interno
- ☐ Amputación o enucleación
- ☐ Herida
- ☐ Trauma superficial
- ☒ Golpe contusión o aplastamiento
- ☐ Quemadura
- ☐ Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
- ☐ Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
- ☐ Asfixia
- ☐ Efecto de la electricidad
- ☐ Efecto nocivo de la radiación
- ☐ Lesiones múltiples
- ☐ Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

- ☐ Máquinas y/o equipos
- ☐ Medios de transporte
- ☐ Aparatos
- ☒ Herramientas, implementos o utensilios
- ☐ Materiales o sustancias
- ☐ Radiaciones
- ☐ Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- ☐ Otros agentes no clasificados
- ☐ Animales (vivos o productos animales)
- ☐ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

- ☐ Caída de personas
- ☐ Caída de objetos
- ☐ Pisadas, choques o golpes
- ☐ Atrapamientos
- ☐ Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
- ☐ Exposición o contacto con temperatura extrema
- ☐ Exposición o contacto con la electricidad
- ☐ Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
- ☒ Golpes por o contra objetos
- ☐ Otro

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA (INGENIO INCAUCA ÁREA DESTILERÍA), REALIZANDO LIMPIEZA HIDROMECANICA DE ALTA PRESIÓN UNO DE LOS CONDENSADORES, CUANDO DE REPENTE LA MANGUERA REALIZA UN GIRO EN LA BOQUILLA SE SALE, EL CUAL LE GENERA EL GOLPE EN EL OJO IZQUIERDO. DE INMEDIATO EL COMPAÑERO ENCARGADO DEL PENAL ACCIONA EL PEDAL COMO PROTOCOLO DE EMERGENCIA, Y DE INMEDIATO ES ATENDIDO POR SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO.

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☒ Si ☐ No

Apellidos y nombres	ANDRES MUNERA VASCO	Documento de identidad	No.
Cargo	AYUDANTE	<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	1014250321
Apellidos y nombres	ANDRES MAURICIO IDROBO VALENCIA	Documento de identidad	No.
Cargo	OFICIAL	<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	1113631353

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres	MARTINEZ SOLARTE CAROLAY DAYAN	Documento de identidad	No.
Cargo	COORDINADORA DE SST	<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	1144083252

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA



*[Handwritten signature]*

Fecha Impresión 25-05-2023 17:02:59