

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
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	002	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	PROTECCION	Código AFP	002

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							
CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES							
Nombre o razón social							
CONSTRUCCIONES M&M 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	901640587
Dirección	Teléfono			Fax			
CL 106 # 43B- 160 CASA PRIMER PISO	3192042076						
Correo electrónico	Departamento		Municipio	Zona			
CONSTRUCCIONESMM262@GMAIL.COM	ANTIOQUIA		MEDELLIN	<input checked="" type="radio"/> U <input 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	5411101	
CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS,			
Dirección	Teléfono		Fax
CL 106 # 43B- 160 CASA PRIMER PISO	6042333830		
Departamento	Municipio	Zona	
ANTIOQUIA	MEDELLIN	<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								
GIL	MENA		OCIEL DARIO								
Tipo de identificación	<input type="radio"/> NI	<input checked="" type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE	<input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> PA	Número	11707751	Fecha de nacimiento	26121982	Sexo	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Dirección	Teléfono			Fax							
CR 42 D 45 B SUR-176	2700222										
Departamento	Municipio	Zona	Cargo								
ANTIOQUIA	ENVIGADO	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	PILERO								
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente										
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	0:16										
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual									
01062023	1160000	<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	
16062023 15:20:00	S	Viernes	
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 checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	ANTIOQUIA	SABANETA	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
7:0	<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 DÍA 16/06 2023 SIENDO 3:20 PM EL COLABORADOR OCÍAN DARÍO GIL CON CC 11707751 QUIEN SE ENCONTRABA CERTIFICADO COMO AUTORIZADO RESOLUCIÓN 4272 Y SE ENCUENTRA CERTIFICADO COMO TRABAJADOR EN ESPACIOS CONFINADO (ENTRANTE) RESOLUCIÓN 0491 DEL 2023; SE ENCONTRABA EN LA PILA 23B A UNA PROFUNDIDAD APROXIMADA DE 12 MT REALIZANDO UNA EXCAVACIÓN DE FORMA MANUAL EN EL TERRENO, AL REALIZAR EL IZAJE DEL BALDE CON PESO APROXIMADO DE 30 KILOGRAMOS INCLUYENDO EL MATERIAL CERTIFICADO POR LA EMPRESA MAS EQUIPOS EL COMPAÑERO JHON IBARGUEN QUIEN ESTA CERTIFICADO POR EL SEÑOR FLOREMIRO MORENO CON CEDULA 11.705.682 REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA MYM QUIEN DA FE DE LAS CAPACIDADES, DOMINIO Y EXPERIENCIA COMO OPERADOR DE PLUMA; REALIZA EL IZAJE POR MEDIO DE UNA PLUMA ELÉCTRICA HALADA POR UNA GUAYA METÁLICA, AL MOMENTO DE REALIZAR EL FRENADO EN EL IZAJE A UNA ALTURA PROMEDIO DE 8 METROS NOS INFORMA EL TRABAJADOR QUE PIERDE EL CONTROL DE LA PLUMA POR LO QUE CAE EL BALDE SOBRE EL TRABAJADO

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☒ Si

☐ No

Apellidos y nombres

JHON JARET IBARGUEN URRUTIA

Documento de identidad

No.

Cargo

PILERO

CC

TI

CE

NU

PA

71794275

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

Cargo

CC

TI

CE

NU

PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad

No.

Apellidos y nombres

MURILLO HINESTROZA KATERINE

Documento de identidad

No.

Cargo

SST OBRA

CC

TI

CE

NU

PA

1152695470

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

Fecha Impresión

23-06-2023 16:41:31

FLOREMIRO MORENO
11705682

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 2 de 2