

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
COOMEVA EPS. S.A.	016	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	PORVENIR	Código AFP	003

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							
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACION OBLIGATORIA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES Y/O AMBIENTALES							
Nombre o razón social							
COMFANDI							
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	890303208
Dirección	Teléfono			Fax			
CR 23 26 B-46 P1 SEDE ADMINISTRATIVA BRR EL PRADO	6851414						
Correo electrónico	Departamento		Municipio	Zona			
CARLOSROJAS@COMFANDI.COM.CO	VALLE DEL CAUCA		SANTIAGO DE CALI	<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	1701001	
ACTIVIDADES DE ADMINISTRACIÓN EMPRESARIAL, INCLUYE LA SUPERVISIÓN, LA GESTIÓN DE OTRAS UNIDADES DE LA MISMA COMPAÑÍA O EMPRESA; LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA U ORGANIZATIVA, LA TOMA DE			
Dirección	Teléfono		Fax
CR 23 # 26 B46P - 01 SEDE ADMINISTRATIVA BRR EL PRAD	3340000		
Departamento	Municipio	Zona	
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<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				
HOYOS	MEJIA	LUZ MERY				
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	1144150035	31011991	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F			
Dirección	Teléfono		Fax			
CL 30 # 23 B - 22	3340000					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	ANALISTA CONTABLE Y			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
ANALISTAS Y AGENTES FINANCIEROS	42:2					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
10122015	1916000	<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	
08062019 16:30:00	N	Sábado	
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	VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
1:30	<input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Tránsito <input checked="" type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input 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

GOLPE Y/O HERIDAS AL CAER DURANTE LA EJECUCIÓN DE UNA JUGADA...

Descripción del accidente

LA COLABORADORA SE DESEMPEÑA COMO ANALISTA CONTABLE Y FINANCIERO, EN EL ÁREA FINANCIERA DEL EDIFICIO EL PRADO. SE ENCONTRABA PARTICIPANDO DEL TORNEO DE FÚTBOL DE LA EMPRESA EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO RECREATIVO PANCE, AL REALIZAR UNA JUGADA SE LE DOBLA EL PIE DERECHO, CAE Y GENERA DOLOR EN EL TOBILLO DERECHO Y LA RODILLA IZQUIERDA. CELULAR 3174122243

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☐ Si

☒ No

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

CC

TI

CE

NU

PA

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

CC

TI

CE

NU

PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad

No.

Apellidos y nombres

ROJAS FERNANDEZ CARLOS MANUEL

CC

TI

CE

NU

PA

76318025

Cargo

COORDINADOR DE SALUD Y SEGURID

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

Fecha Impresión

02-08-2024 08:35:27

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 2 de 2