

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (EPS018)		CÓDIGO EPS	EPS018	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		AXA Colpatria		CÓDIGO ARL	004
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		PORVENIR		SEGURO SOCIAL		(Indicar Nombre AFP si no es el Seguro Social)		PORVENIR		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						3	
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL		(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		SEDE PRINCIPAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		EMPRESA DEDICADAS		CÓDIGO	
										4604201	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TRANSCORREA VF SAS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		No.		901536924	
DIRECCIÓN		KRA 41 E 1 52 113		TELÉFONO		3217899187		FAX		0	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		transportecorreasas@gmail.com									
DEPARTAMENTO		VALLE		CÓDIGO		76		MUNICIPIO		CALI	
										CÓDIGO	
										ZONA	
										U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		TRANSCORREA VF SAS								CÓDIGO	
										4604201	
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		EMPRESA DEDICADAS ALTRANSPORTE INTERMUNICIPAL DE CARGA POR CARRETERA								CÓDIGO	
										4604201	
DIRECCIÓN		KRA 41 E 1 52 113		TELÉFONO		3217899187		FAX		0	
DEPARTAMENTO		VALLE		CÓDIGO		76		MUNICIPIO		CALI	
										CÓDIGO	
										ZONA	
										U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
TIPO DE VINCULACIÓN		(1) PLANTA <input checked="" type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>								(5) CÓDIGO	
PRIMER APELLIDO		MINA		SEGUNDO APELLIDO		GRIJALBA					
PRIMER NOMBRE		DANIEL		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		No.		76289038		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
								1 2 0 8 1 9 8 5		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN		calle 16 # 3 - 60		TELÉFONO		3154288406		FAX			
DEPARTAMENTO		VALLE		CÓDIGO		76		MUNICIPIO		CALI	
										CÓDIGO	
										ZONA	
										U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN HABITUAL		CONDUCTORES DE VEHICULOS DE MOTOR		CÓDIGO		832		TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		0 0 0 0	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		0 9 0 2 2 0 2 3		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		2000000,00		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL		(1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		Presencial		ACCIDENTE POR CAÍDA EN ALTURAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
FECHA DEL ACCIDENTE		2 5 0 7 2 0 2 3		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		1 6 3 0		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		JORNADA EN QUE SUCEDE	
								LU MA MI JU VI SA DO		(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>	
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL?		(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO?		CÓDIGO		0		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
										0 7 3 0	
TIPO DE ACCIDENTE		(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (4) PROPIOS DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>									
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		VALLE		CÓDIGO		76	
										MUNICIPIO DE ACCIDENTE	
										CALI	
										1	
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>					
INDIQUE CUÁL SITIO:		(1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input checked="" type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR <input type="checkbox"/>									
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)		(10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES <input checked="" type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE: <input type="checkbox"/>									
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		(1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, módulo espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TORAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.45) MANOS <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input checked="" type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>									
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR*		(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (44) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, fogones, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/>									
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:		(1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR <input checked="" type="checkbox"/>									
DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE.											
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		Hubo personas que presenciaron el accidente? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		en caso afirmativo diligenciar la siguiente información:							
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		No.		CARGO			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		No.		CARGO			
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		VANESSA CORREA FERNANDEZ		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		No. 1151951905	
CARGO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA							

el día 25 de julio de 2023 el colaborador se encontraba realizando su labor habitual desempeñando el cargo de conductor, siendo aproximadamente entre las 4:00 pm a 5:00 pm, se desplazaba en su ruta normal, dirante el trayecto el colaborador siente que una de las llantas este baja de aire, en ese momento decide ahorrillar se para bajarse a revisar. posteriormente encontrandose debajo del vehiculo este entra en marcha (se desengrana) ya que se encontraba en una via inclinada. enseguida el vehiculo pierde la estabilidad pasandole por encima al trabajador, generandole multiples lesiones.