

AXA COLPATRIA INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.											
EPS A LA QUE ESTA AFILIADO					CÓDIGO EPS		ARL A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO ARL		
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD					EPS018		COLPATRIA		4		
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO			PORVENIR		SEGURO SOCIAL		SI ☐ NO ☒		CUAL?		
PORVENIR							CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL		003		
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA											
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL (1) EMPLEADOR ☒ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐					SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA				CÓDIGO No Vigente 4604201		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN					
TRANSCORREA VF SAS			NIT ☒ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ PT ☐			901536924					
DIRECCIÓN					TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		
KRA 41 E 1 52 113					3217899187		0		VALLE		
CÓDIGO					76						
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)					MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA		
transportecorreasas@gmail.com					CALI		76001		U ☒ R ☐		
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMO					S DE LA SEDE PRINCIPAL?	
TRANSCORREA VF SAS					SI ☒ NO ☐						
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO								CÓDIGO			
No Vigente								4604201			
DIRECCIÓN					TELÉFONO		FAX				
KRA 41 E 1 52 113					3217899187		0				
DEPARTAMENTO			CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA		
VALLE			76		CALI		76001		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 ☐								CARGO			
CONDUCTOR											
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente)								CÓDIGO			
NOMBRE COMPLETO								FECHA DE NACIMIENTO			
DANIEL MINA GRIJALBA								12/08/1985			
SEXO								M ☒ F ☐			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN			TELÉFONO		FAX			
CC ☒ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ PT ☐			76289038			3154288406					
DIRECCIÓN			DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		
calle 16 # 3 - 60			VALLE		76		CALI		76001		
ZONA			U ☒ R ☐								
OCUPACION HABITUAL					CÓDIGO		TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE				
Conductores de vehículos de motor					000832		00 días - 000 meses				
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA			SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)			JORNADA DE TRABAJO HABITUAL					
09/02/2023			2000000.00			(1) DIURNO ☒ (2) NOCTURNO ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐					
III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE											
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		JORNADA EN QUE SUCEDE					
25/07/2023		16:30		Martes		(1) NORMAL ☒ (2) EXTRA ☐					
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?			MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE			¿EL ACCIDENTE ES POR CAÍDA DE ALTURA?					
(1) SI ☒ (2) NO ☐			PRESENCIAL			(1) SI ☐ (2) NO ☒					
CUÁL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)			CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE:						
			0		07 horas - 30 minutos						
TIPO DE ACCIDENTE											
(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☒											
¿CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO			
(1) SI ☒ (2) NO ☐		VALLE		76		CALI		76001			
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE			LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE								
U ☒ R ☐			(1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☒								
INDIQUE CUAL SITIO:											
☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS ☐ (5) ESCALERAS ☒ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR ☐ (7) OFICINAS ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES ☐ (9) OTRO:											
TIPO DE LESIÓN:											
☐ (10) FRACTURA ☐ (20) LUXACIÓN ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida de ojo) ☐ (41) HERIDA ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) ☐ (55) GOLPE O CONTUSION O APLASTAMIENTO ☐ (60) QUEMADURA ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE ☐ (81) ASFIXIA ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN ☒ (90) LESIONES MÚLTIPLES ☐ (99) OTRO:											
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:											
☐ (1) CABEZA ☐ (1.12) OJO ☐ (2) CUELLO ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) ☐ (3.32) TORAX ☐ (3.33) ABDOMEN ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (4.46) MANOS ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (5.56) PIES ☒ (6) UBICACIONES MÚLTIPLES ☐ (7) LESIONES GENERALES U OTRAS											
AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR):											
☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☒ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (4) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (44) RADIACIONES ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) ☐ (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) ☐ (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS											
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:											
☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS ☒ (9) OTRO: <u>aplastamiento</u>											
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE											
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE											
el día 25 de julio de 2023el 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 yrayecto el colaborador siente que una de las llantas esta baja de aire, en ese momento decide ahorillar 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.											
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE					HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?						
SI					NO						
X											
NOMBRE COMPLETO			TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
			CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ PT ☐								
NOMBRE COMPLETO			TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
			CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ PT ☐								
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)											
NOMBRE COMPLETO			TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
FIRMA o SELLO: VANESSA CORREA FERNANDEZ			CC ☒ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI ☐ CD ☐ SC ☐ PE ☐ PT ☐			1151951905		administrativo			
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL reinventando / los seguros 27/07/2023 01:26:00 p.m. RECIBIDO PARA ESTUDIO					REPORTE No. 20230051473 FECHA DE RECEPCIÓN: 27/07/2023 01:26:00 p.m. AXA COLPATRIA ARL						