

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS		ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL	
EMSSANAR - (ESSC18)		ESSC18		AXA Colpatría		004	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		SEGURO SOCIAL		(Indicar Nombre AFP si no es el Seguro Social)		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
PORVENIR		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CUÁL PORVENIR		3	
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL		SEDE PRINCIPAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO	
(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		Elaboración de productos de		3108101			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No.			
NARVAEZ C SAS		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"/>		901321067			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX			
CLL 16 NO 22 13 BRR CENTRO		7225063		0			
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		sulernapasto1@hotmail.com					
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
NARINO		52		PASTO		1	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO		ZONA		R	
NARVAEZ C SAS				U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>			
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		CÓDIGO					
Elaboración de productos de panadería, incluye la elaboración de pan, tostadas, pastelería y		3108101					
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX			
CLL 16 NO 22 13 BRR CENTRO		7225063		0			
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
NARINO		52		PASTO		1	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO		ZONA		R	
NARVAEZ C SAS				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		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PAZ		DELGADO		GERMAN		AURELIANO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO			
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"/>		1 4 1 0 1 9 7 2		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX			
CALLE 18NO 13 - 45 LAS AMERICAS		3175528913		0			
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
NARINO		52		PASTO		1	
OCCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO		ZONA		CARGO	
DIRECTORES DE DEPARTAMENTOS DE		122		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		PASTELERO	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
0 1 0 9 2 0 2 2		1160000,00		(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		ACCIDENTE POR CAÍDA EN ALTURAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Presencial							
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		JORNADA EN QUE SUCEDE	
0 8 1 1 2 0 2 3		1 0 0 0		LU MA MI JU VI SA DO		(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>	
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL?		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO?		CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		CUÁL		0		0 3 0 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?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE			
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		NARINO		52		PASTO	
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>			
U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>							
INDIQUE CUÁL SITIO:		(1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE: EPISODIOS DE MAREO <input checked="" type="checkbox"/>					
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		(1) CABEZA <input checked="" 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 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 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, tejados, 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 checked="" 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.							
El trabajador, ingresó a trabajar el día 08 de noviembre de 2023 a las 7:00 am y reportó sentir mareo y manifestó que podía trabajar, sin embargo siendo las 10:00 am, continuo con mareos y comenzó a apoyarse del mesón, se cogió de la cintura y procedió a sentarse, por lo tanto el administrador y talento humano le dieron la instrucción de irse al hospital. EL TRABAJADOR VENIA CON DOLORS DE CABEZA Y TRATAMIENTO PREVIOS.							
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		CARGO			
SANDRA MILENA BENAVIDES NOGUERA		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"/>		1085269122		AUXILIAR DE	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO			
GUSTAVO ADOLFO GARCIA RIOS		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"/>		10289398		ADMINISTRADOR	
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		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"/>		91510888			
CARGO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA			
RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN		1 8 1 1 2 0 2 3					

Anexo: Detalle información del accidente

Razón Social Empresa: NARVAEZ C SAS

Nit Empresa: 901321067

Nombre empleado: GERMAN AURELIANO PAZ DELGADO

Número Identificación Empleado: 98384774

Fecha de AT: 0 8 1 1 2 0 2 3

El trabajador, ingresó a trabajar el día 08 de noviembre de 2023 a las 7:00 am y reportó sentir mareo y manifestó que podía trabajar, sin embargo siendo las 10:00 am, continuo con mareos y comenzó a apoyarse del mesón, se cogió de la cintura y procedió a sentarse, por lo tanto el administrador y talento humano le dieron la instrucción de irse al hospital. EL TRABAJADOR VENÍA CON DOLORES DE CABEZA Y TRATAMIENTO PREVIOS.