



EPS A LA QUE ESTA AFILIADO EMSSANAR - (ESSC18)	CÓDIGO EPS ESSC18	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO AXA Colpatría	CÓDIGO ARL 004
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO PORVENIR	SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUÁL PORVENIR	(Indicar Nombre AFP si no es el Seguro Social) CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL 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 Elaboración de productos de	CÓDIGO 3108101	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL NARVAEZ C 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. 901321067		
DIRECCIÓN CLL 16 NO 22 13 BRR CENTRO	TELÉFONO 7225063	FAX 0	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL) sulernapasto1@hotmail.com			
DEPARTAMENTO NARINO	CÓDIGO 52	MUNICIPIO PASTO	CÓDIGO 1
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR NARVAEZ C SAS		ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO Elaboración de productos de panadería, incluye la elaboración de pan, tostadas, pastelería y		CÓDIGO 3108101	
DIRECCIÓN CLL 16 NO 22 13 BRR CENTRO		TELÉFONO 7225063	FAX 0
DEPARTAMENTO NARINO	CÓDIGO 52	MUNICIPIO PASTO	CÓDIGO 1
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 <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO PAZ	SEGUNDO APELLIDO DELGADO		
PRIMER NOMBRE GERMAN	SEGUNDO NOMBRE AURELIANO		
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. 98384774	FECHA DE NACIMIENTO 14/10/1972		SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN CALLE 18NO 13 - 45 LAS AMERICAS		TELÉFONO 3175528913	FAX
DEPARTAMENTO NARINO	CÓDIGO 52	MUNICIPIO PASTO	CÓDIGO 1
OCUPACIÓN HABITUAL DIRECTORES DE DEPARTAMENTOS DE		CÓDIGO 122	ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA 01/09/2022		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) 1160000,00	
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"/>		TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE 0020	
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 08/11/2023		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) 1000	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU MA MI JU VI SA DO
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL? (1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO? CUÁL _____	
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"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO 0	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE NARINO	MUNICIPIO DE ACCIDENTE PASTO
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>	
INDIQUE CUÁL SITIO: <input type="checkbox"/> (1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input checked="" type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____			
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES) <input type="checkbox"/> (10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (41) HERIDA <input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input checked="" type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE: EPISODIOS DE MAREO			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: <input checked="" type="checkbox"/> (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TORAX <input type="checkbox"/> (4.45) MANOS <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES			
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) <input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, rampas, fogones, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input checked="" type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (44) RADIACIONES			
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input checked="" type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR _____			
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, continuó 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 DOLOR 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 SANDRA MILENA BENAVIDES NOGUERA		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. 1085269122	CARGO AUXILIAR DE
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS GUSTAVO ADOLFO GARCIA RIOS		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. 10289398	CARGO ADMINISTRADOR
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado) APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS GERMÁN QUIÑONEZ PINZÓN			
CARGO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN		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. 91510888	FIRMA
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE 18/11/2023			

- ORIGINAL: I.P.S. - E.P.S. -

FORMA ARL0156P - ENERO - 2018

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.