



EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO EPS		ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARL	
SALUD TOTAL - (EPS002)		EPS002		AXA Colpatría		004	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO				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		CÓDIGO	
(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>				NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		3749101	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No.	
SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS 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"/>		900577600	
DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX	
CRA 71B NO. 52 19				3223630260		0	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)							
JEFEGESTIONHUMANA@SOLASERVIS.CO							
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
BOGOTA		11		BOGOTA D.C.		1	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR				CÓDIGO			
SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS SAS				3749101			
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?							
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO							
EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCIÓN Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS							
CÓDIGO 3749101							
DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX	
CRA 71B NO. 52 19				3223630260		0	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
BOGOTA		11		BOGOTA D.C.		1	
TIPO DE VINCULACIÓN				(5) CÓDIGO			
(1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input checked="" type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO			
MICOLTA				PADILLA			
PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE			
MARTHA							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA DE NACIMIENTO			
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 6 0 1 1 9 7 0			
DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX	
KR 34A N 46 18 BRR VERGEL				3113175462			
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
VALLE		76		CALI		1	
OCUPACIÓN HABITUAL				CARGO			
CONSERJES, LAVADORES DE VENTANAS Y AFINES				SERVICIOS GENERALES			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
0 8 0 3 2 0 1 8				(1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>			
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE			
920000,00				2 5 3 6			
MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE				ACCIDENTE POR CAÍDA EN ALTURAS			
				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		JORNADA EN QUE SUCEDE	
3 1 0 3 2 0 2 1		1 6 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) SÍ <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		CUÁL				1 0 0 0	
TIPO DE ACCIDENTE				(4) PROPIOS DEL TRABAJO			
(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/>				X			
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO	
(1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		VALLE		CALI		1	
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA		(2) FUERA DE LA EMPRESA	
U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>				X			
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 type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR baño covid AREA SALUD							
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 checked="" 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: <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 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 checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/>							
DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE.							
FUNCIONARIA REFIERE QUE SE ENCONTRABA REALIZANDO LIMPIEZA DEL BAÑO COVID DEL AREA DE SALUD OCUPACIONAL Y SE RESBALA RECIBIENDO GOLPE EN REGIÓN LUMBOSACRA Y CODO IZQUIERDO.							
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE							
Hubo personas que presenciaron el accidente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> en caso afirmativo diligenciar la siguiente información:							
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO	
				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"/>			
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO	
				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"/>			
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)							
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No.	
ALEXANDRA MILENA ORTIZ MENDEZ				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"/>		1014180151	
CARGO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA			
PROFESIONAL I SGSST		0 1 0 4 2 0 2 1					

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

FORMA ARL015GP - ENERO - 2018

Anexo: Detalle información del accidente

Razón Social Empresa: SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS SAS

Nit Empresa: 900577600

Nombre empleado: MARTHA MICOLTA PADILLA

Número Identificación Empleado: 66983669

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

FUNCIONARIA REFIERE QUE SE ENCONTRABA REALIZANDO LIMPIEZA DEL BAÑO COVID DEL AREA DE SALUD OCUPACIONAL Y SE RESBALA RECIBIENDO GOLPE EN REGIÓN LUMBOSACRA Y CODO IZQUIERDO.