

# INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O



EPS a la que está	Código EPS	ARP a la que está afiliado	Código ARP
COOMEVA EPS. S.A.	016	ARP SURA	40
AFP a la que está	HORIZONTES	Código	005

## Identificación general de la empresa

Tipo de vinculator	<input type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Contratante	<input checked="" type="radio"/> Cooperativa de trabajo
Nombre de la actividad			
EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL, INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES Y LOS CONDUCTORES DE AUTOS PARTICULARES			
Nombre o razón social			
C.T.A. CONSTRUC. SOLUCIONES LABORALES			
Tipo de identificación	<input checked="" type="radio"/> NI	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE
Número	900159926		
Dirección	AV 6ª A NORTE 46 N-20 BRR EL BOSQUE		
Teléfono	6811818		
Fax	6811818		
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
SSOCIALCONSTRUCTORA@TELMEX.NET.CO	VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R
Centro de trabajo donde labora el trabajador			
Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede			
<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo	Código de la actividad económica del centro de	5452102
CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS.		
Dirección	Teléfono	Fax
AVD 6A 46 N - 20	6811818	6811818
Departamento	Municipio	Zona
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R

## Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación	<input checked="" type="radio"/> Planta	<input type="radio"/> Misión	<input type="radio"/> Cooperado	<input type="radio"/> Estudiante o aprendiz	<input type="radio"/> Independiente	código
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres				
ARBOLEDA	COIME	LUIS ANGEL				
Tipo de	Número	Fecha de nacimiento	Sexo			
<input type="radio"/> NI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	13054028	27071970	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
Dirección	Teléfono	Fax				
CR 31 A # 19 - 55	6677136					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	AYUDANTE DE OBRA			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
OBROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	0:24					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
24022010	515000	<input checked="" type="radio"/> Diurna <input type="radio"/> Nocturna <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Turnos				

## Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrió el	
18032010 15:00:00	S	JUEVES	
Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor	¿Cuál?	
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Extra	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Causó la muerte al	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrió el
<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
7:0	<input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Tránsito <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input checked="" type="radio"/> Propios del trabajo		

ARP SURA S.A.

Reporte de presunto accidente

Página 1 de 2

Lugar donde ocurrió el accidente

☒

Dentro de la empresa

☐

Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

☐ Almacenes o depósitos

☒ Áreas de producción

☐ Áreas recreativas o deportivas

☐ Corredores o pasillos

☐ Escaleras

☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular

☐ Oficinas

☐ Otras áreas comunes

☐ Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

☐ Cabeza

☐ Ojo

☐ Cuello

☐ Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)

☐ Tórax

☐ Abdomen

☐ Miembros superiores

☒ Manos

☐ Miembros inferiores

☐ Pies

☐ Ubicaciones múltiples

☐ Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

☐ Fractura

☐ Luxación

☐ Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida

☐ Conmoción o trauma interno

☐ Amputación o enucleación

☒ Herida

☐ Trauma superficial

☐ Golpe contusión o aplastamiento

☐ Quemadura

☐ Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia

☐ Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente

☐ Asfixia

☐ Efecto de la electricidad

☐ Efecto nocivo de la radiación

☐ Lesiones múltiples

☐ Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

☐ Máquinas y/o equipos

☐ Medios de transporte

☐ Aparatos

☐ Herramientas, implementos o utensilios

☒ Materiales o sustancias

☐ Radiaciones

☐ Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)

☐ Otros agentes no clasificados

☐ Animales (vivos o productos animales)

☐ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

☐ Caída de personas

☐ Caída de objetos

☒ Pisadas, choques o golpes

☐ Atrapamientos

☐ Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento

☐ Exposición o contacto con temperatura extrema

☐ Exposición o contacto con la electricidad

☐ Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras

☐ Otro

Descripción del accidente

EL SR. ARBOLEDA SE ENCONTRABA EXCAVANDO Y CON UNA VARILLA DE HIERRO SE HIRIÓ LA MANO IZQUIERDA.

Personas que presenciaron el

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☐ Si

☒ No

Apellidos y nombres

Cargo

Apellidos y nombres

Cargo

Documento de identidad

No.

☐ CC

☐ TI

☐ CE

☐ NU

☐ PA

Persona responsable del informe (Representante o

Apellidos y nombres

MARIA LILI RAMIREZ

Cargo

COORDINADORA PROYECTOS

Documento de identidad

No.

☒ CC

☐ TI

☐ CE

☐ NU

☐ PA

31294935

Fecha de diligenciamiento del informe del

24-03-2010 18:41:18

Fecha Impresión

14-03-2024 11:53:04

Fecha de recibido en ARP SURA

08-04-2010 00:00:00

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARP SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de

Página 2 de 2