

# INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O



EPS a la que está	Código EPS	ARP a la que está afiliado	Código ARP
NUEVA EPS S.A.	037	ARP SURA	40
AFP a la que está	COLFONDOS	Código	010

## Identificación general de la empresa

Tipo de vinculator	<input checked="" type="radio"/> Empleador	<input type="radio"/> Contratante	<input type="radio"/> Cooperativa de trabajo
Nombre de la actividad CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES			
Nombre o razón social ALIADOS ESTRATEGICOS JUNAF SAS			
Tipo de identificación	<input checked="" type="radio"/> NI	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE
	<input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> PA	Número
			901591089
Dirección	Teléfono		Fax
CR 3 # 6 - 83 OFICINA 204	3170888198		
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
ALIANZAPROYECTAR@GMAIL.COM	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	1661901
OTRAS ACTIVIDADES AUXILIARES DE LAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS FINANCIEROS NCP, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS FINANCIEROS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE, INCLUSO LAS ACTIVIDADES DE TRAMITACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE TRANSACCIONES FINANCIERAS, ASESORAMIENTO FINANCIERO EN INVERSIONES, ACTIVIDADES DE ASESORES Y CORREDORES HIPOTECARIOS; MESAS DE DINERO, EVALUADORES DE RIESGO FINANCIERO, ENTRE OTROS			
Dirección	Teléfono		Fax
CR 3 # 6 - 83	4879919		
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	4879919						
Departamento	Municipio	Zona	Cargo				
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	AUXILIAR OPERATIVO				
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente						
CATADORES Y CLASIFICADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	0:16						
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual					
13122022	1000000	<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	
20122022 08:00:00	S	MARTES	
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		
1:0	<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

 Fuera de la empresa

- ☐ 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

- ☐ 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

- ☐ 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

- ☐ 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

- ☐ 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

CONTACTO CON HERRAMIENTAS U

EL EMPLEADO SE ENCONTRABA CORTANDO UNA FRUTA Y EL CUCHILLO TRASPASO EL GUANTE DE ACERO DE PROTECCIÓN DEL TRABAJADOR

Personas que presenciaron el		Hubo personas que presenciaron el accidente?		<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
Apellidos y nombres		Documento de identidad		No.	
Cargo		<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA			
Apellidos y nombres		Documento de identidad		No.	
Cargo		<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA			
Persona responsable del informe (Representante o					
Apellidos y nombres		SALCEDO RAMIREZ JUAN DAVID		Documento de identidad	
Cargo		GERENTE		No.	
				<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA 1087194607	
Fecha de diligenciamiento del informe del		29-12-2022 18:17:42			
Fecha de recibido en ARP SURA		29-12-2022 18:17:42		Fecha Impresión 14-03-2024 11:54:40	