

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	DIRECCIONBRAS@SOLUCIONESLABORALESCTA.COM	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Municipio	SANTIAGO DE CALI		
Zona	<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	AVD 6A 46 N - 20	Teléfono	6811818
Fax	6811818		
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	SANTIAGO DE CALI
Zona	<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	ARBOLEDA	Segundo apellido	COIME	Nombres	LUIS ANGEL	
Tipo de	<input type="radio"/> NI	<input checked="" type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE	<input type="radio"/> NU	<input type="radio"/> PA	Número
Número	13054028			Fecha de nacimiento	27071970	
Sexo	<input checked="" type="radio"/> M			<input type="radio"/> F		
Dirección	CR 31 A # 19 - 55			Teléfono	6677136	
Fax	3122540329					
Departamento	VALLE DEL CAUCA			Municipio	SANTIAGO DE CALI	
Zona	<input checked="" type="radio"/> U			<input type="radio"/> R		
Cargo	AYUDANTE					
Ocupación habitual	OBREROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS			Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente		
3:28						
Fecha de ingreso a la empresa	18112010			Salario u honorarios (mensual)	535600	
Jornada de trabajo habitual	<input checked="" type="radio"/> Diurna			<input type="radio"/> Nocturna	<input type="radio"/> Mixto	<input type="radio"/> Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	15032011 11:50:00	Estaba dentro de la empresa?	S	Día de la semana en el que ocurrió el	MARTES
Jornada en que sucede	<input checked="" type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Extra	¿Estaba realizando su labor	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
¿Cuál?					
¿Causó la muerte al	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No	Departamento del accidente	VALLE DEL CAUCA	
Municipio del accidente	SANTIAGO DE CALI		Zona donde ocurrió el	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	
Total tiempo laborado previo al accidente	4:50		Tipo de accidente	<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☐☐☐☐☐

Parte del cuerpo aparentemente afectado

☐

Cabeza

☐

Ojo☐☐☐☐☐☒☐☐☐☐

Tipo de Lesión

☐

Fractura

☐

Luxación☐☐☐☐☐☒

☐

Quemadura☐☐☐☐☐☐☐

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

☐

Máquinas y/o equipos

☐

Medios de transporte☐☐☒☐☐☐☐☐

Mecanismos o forma del accidente

☐

Caída de personas

☐

Caída de objetos☒☐☐☐☐☐☐

Descripción del accidente

EL ASOCIADO SE ENCONTRABA DESENCOFRANDO LA CASA 104 SEGUNDO PISO Y AL QUITAR LA CERCHA LA PLAQUETA DE MADERA CAYÓ ATRAPÁNDOLE EL TERCER DEDO DE LA MANO IZQUIERDA ENTRE LA CERCHA Y LA PLAQUETA.

Personas que presenciaron el		Hubo personas que presenciaron el accidente?		<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Apellidos y nombres	ANDRÉS ERNESTO LARRANIEGA CAMPO	Documento de identidad	No.		
Cargo	AYUDANTE	<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	94419677		
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	MARÍA LILI RAMÍREZ OTERO	Documento de identidad	No.		
Cargo	COORDONADORA DE PROYECTOS	<input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	31294935		
Fecha de diligenciamiento del informe del	22-03-2011 10:53:54	Fecha Impresión	14-03-2024 11:54:01		
Fecha de recibido en ARP SURA	03-04-2011 00:00:00				
ARP SURA S.A.		Reporte de presunto accidente de		Página 2 de 2	