

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	005	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	COLPENSIONES	Código AFP	031

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral	<input checked="" type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Contratante	<input type="radio"/> Cooperativa de trabajo asociado
Nombre de la actividad económica			
EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD, INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.			
Nombre o razón social			
SYPELC S.A.S			
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
			800024524
Dirección	Teléfono		Fax
CL 26 A # 34 - 34	3235742976		6724308
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
DIRECTORHSEQ@SYPELC.COM	META	VILLAVICENCIO	<input type="radio"/> U <input checked="" type="radio"/> R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal?	<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 trabajo	5742101
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE		
Dirección	Telefono	Fax
CL 18 # 33 A - 22 BARRIO LA FLORIDA	3125748338	
Departamento	Municipio	Zona
META	VILLAVICENCIO	<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				
NIÑO	MENDEZ	SEBASTIAN CAMILO				
Tipo de identificación	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	1121876593	14051991	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
Dirección	Telefono	Fax				
CL 74 A 64-55 BRR SN FERNANDO	3125748338					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
BOGOTA D.C.	BOGOTA	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	TÉCNICO ELECTRICISTA MEDIDA			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
ELECTROTÉCNICOS	34:8					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
13082019	1225385	<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 accidente	
17062022 13:00:00	N	Viernes	
Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?	
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Extra	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrió el accidente
<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	META	PUERTO LOPEZ	<input type="radio"/> U <input checked="" type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
5:0	<input type="radio"/> Violencia <input checked="" type="radio"/> Tránsito <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input type="radio"/> Propios del trabajo		

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 1 de 2

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
- ☐ Golpes por o contra objetos
- ☒ Otro
- VOLCAMIENTO...

Descripción del accidente

EL DIA 17 DE JUNIO DEL 2022, SE DESPLAZABA EN EL VEHICULO DE PLAZAS GSO483 LOS TRABAJADORES NIÑO MENDEZ SEBASTIAN TECNICO QUIEN CONDUCE EL VEHICULO Y LOS ACOMPAÑANTES MIEMBROS DE LA CUADRILLA QUINTERO DIDIER ARLES AUXILIAR ,VALDERRAMA KAROL TECNICO CAMINANTE, LA CUADRILLA HABIA TERMINADO UNA VISITA DE LA INSTALACION DE UN MEDIDOR EN LA VEREDA LA SERRANIA DEL MUNICIPIO PUERTO GAITAN, REALIZARON TANQUEO, PASARON EL PEAJE CASATABLA SIENDO LAS 13:00 HORAS DE LA TARDE, SE DESPLAZABAN POR EL KM12 VIA PT LOPEZ - PT GAITAN, TIENEN UN ACCIDENTE DE TRANSITO DONDE PIERDE EL CONTROL DE SU VEHICULO AL PARECER POR QUE ESTALLA LA LLANTA TRASERA ISQUIERDA PARA LO CUAL REALIZA MANIOBRAS INTENTANDO TOMAR EL CONTROL DEL VEHICULO Y AL VER QUE UN TRACTO CAMION SE ACERCABA DE MANERA INMINENTE OPTA POR DARLE EL GIRO HACIA LA DERECHA AL VEHICULO EN DONDE LOS LLEVA DIRECTO HACIA LA CUNETTA, SUFRE EL VOLCAMIENTO EN EL COSTADO DE LA VIA DONDE FINALMENTE EL VEHICULO SE DETIENE DESPUES DE SUFRIR VARIOS VUELTAS.

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☐ Si☒ No

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

Cargo

CC TI CE NU PA

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

Cargo

CC TI CE NU PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad

No.

Apellidos y nombres

ALZATE ROMERO YESICA

☒ CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA

1121867598

Cargo

COORDINADORE HSEQ

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA



Fecha Impresión 21-06-2022 19:06:47