

Exp # 1410444534

P. Bermudez

UEN 5

Investigación

20-Jun-11

Si AT-29/07/2011



suramericana

20 JUN 2011  
9:00 amRECIBIDO  
CORREO

## INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

ARP Sura

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | CÓDIGO EPS    |  | ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO                                                                                                                                                       |  | CÓDIGO ARP |  |
| Saludcoop                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Sura          |  | Sura                                                                                                                                                                             |  | Sura       |  |
| APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SEGURO SOCIAL |  | SI                                                                                                                                                                               |  | NO         |  |
| SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | NO            |  | CUAL                                                                                                                                                                             |  |            |  |
| I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Construcción Obras Civiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CÓDIGO: 4530                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UT. Puerto Lopez Sector 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> |  |            |  |
| DIRECCIÓN: Calle 41 # 25-18 B. El Emporio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  | TELÉFONO: 6643120 FAX: 6643120                                                                                                                                                   |  |            |  |
| CORREO ELECTRÓNICO: ut.puertolopez@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |               |  | MUNICIPIO: Urcid                                                                                                                                                                 |  |            |  |
| DEPARTAMENTO: Heta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  | ZONA: U R                                                                                                                                                                        |  |            |  |
| CÓDIGO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: CENTRO DE TRABAJO: CÓDIGO: 4530                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: Construcción Obras Civiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: 4530                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DIRECCIÓN: AV 14 N° 5-52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DEPARTAMENTO: Heta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| MUNICIPIO: Puerto Lopez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| ZONA: U R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA <input checked="" type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENTIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CÓDIGO (6) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| PRIMER APELLIDO: Sanchez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| PRIMER NOMBRE: Fernando                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| SEGUNDO NOMBRE: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| NÚMERO: 17.335.755                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: 09/02/1966                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TELÉFONO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| FAX: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DEPARTAMENTO: Heta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| MUNICIPIO: Villavicencio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| ZONA: U R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CARGO: Topógrafo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| OCCUPACIÓN HABITUAL: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CÓDIGO OCCUPACIÓN HABITUAL: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIEMPO DE OCCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: D D M M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 16/02/2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| SALARIO O HONORARIOS (MENSUAL): 535.600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| FECHA DEL ACCIDENTE: 16/06/2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| HORA DEL ACCIDENTE: 01:56                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| JORNADA EN QUE OCURRIÓ: (1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/> (3) CUAL (Especificar sólo en caso negativo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL: (1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> (Especificar sólo en caso negativo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CÓDIGO: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 06:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRANSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIO DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR: (1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Heta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: Villavicencio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| (1) ALMACÉN O DEPÓSITO <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS <input type="checkbox"/> (4) CORRIDORES 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 (Especifique): Campo Abierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| (1) FRACTURA <input type="checkbox"/> (2) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (3) TORCEDURA, ENGUINCE, DESVIARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (4) AMPUTACIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (5) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (6) HERIDA <input type="checkbox"/> (7) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y laceración en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (8) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (9) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (10) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (11) EFECTO DEL TIEMPO, OTRO RELACIONADO CON EL CLIMA <input type="checkbox"/> (12) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (13) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (14) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (15) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (16) OTRO (Especifique): |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| PARTES DEL CUERPO AFECTADAS POR EL ACCIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| (1) CABEZA <input type="checkbox"/> (2) OJOS <input type="checkbox"/> (3) CUELLO <input type="checkbox"/> (4) TORSO (Incluye espalda, cintura, hombros, brazos, manos, muñecas, codos, codos y por qué) <input type="checkbox"/> (5) TÓRAX <input type="checkbox"/> (6) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (7) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (8) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (9) PIES <input type="checkbox"/> (10) VIBRACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (11) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| AGENTES DEL ACCIDENTE (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (4) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (5) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (6) AMIENTOS DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejidos, en el exterior, interior o subterráneo) <input type="checkbox"/> (7) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (8) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (9) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| RECURSOS O FORMA DEL ACCIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| (1) CAÍDA DE PERSONAS <input 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 INACTIVAS, RADIACIONES O SALICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO (Especifique):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Incluya a los presentes que poco, cuando, dónde, cómo y por qué): El Jueves 16 de Junio el trabajador se encontraba realizando instalación de tubería cerca al colector de aguas residuales cuando se presentó un derrumbe de tierra el cual le ocasionó la muerte por asfixia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Medina Ruiz Isidro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |               |  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> |  |            |  |
| CARGO: Obren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  | No. 17.306.754                                                                                                                                                                   |  |            |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Caicedo Diaz Drawin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> |  |            |  |
| CARGO: Obren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  | No. 1118543683                                                                                                                                                                   |  |            |  |
| PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  |                                                                                                                                                                                  |  |            |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Luisa Alfonso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               |  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> |  |            |  |
| CARGO: Secretaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |               |  | No. 1121875664                                                                                                                                                                   |  |            |  |
| FIRMA: <i>Luisa Alfonso</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |               |  | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 20/06/2011                                                                                                                  |  |            |  |

ORGANISMO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS 09/99

F 2018 - PR VERSIÓN 2

DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO

12