POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL
Bogotá 3307000
Resto del pais 01 8000 111170
Desde su Celular #533

Fecha de reporte : 28/03/2023 Estado : Procesado
Fecha de impresión : 28/03/2023
Número de radicación : 6114766
Id Accidente de Trabajo : -
Id del Siniestro : -

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por: Formulario Web - LAURA VALENTIN/ | EPS: FAMISANAR E.P.S.

AFP: COLPENSIONES ADMINISTRADORA COLOMI | ARL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento	Tipo de Doc	Nombre o razon social	Tipo de vinculación
900452410	N	CONSTRUCTORA CAMACON SAS	Empleador

Dirección sede principal	Dirección reportada
KR 96 72 49	

Actividad económica (Sede principal)	Código
CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERIAS, FABRICAS DE P	5429001

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4884609		CONTABILIDAD@CAMACON.C(	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana

Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?	Dirección del centro de trabajo
SI	KR 96 72 49

Actividad económica del centro de trabajo	Código
CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERIAS, FABRICAS DE P	5429001

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4884609			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación
13453563	C	05/12/1960	M	(1) Dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ILES	ORTEGON	SERGIO	ENRIQUE

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
CARRERA 95 # 70A-63 SUR BLA APARTADA	SERGIOENRIQUE1345@HOTI	3164534997	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urban	09/09/2019	1.883.260	(1) Diurna

Ocupación	Código
OPERADOR	1978

III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente	Hora del accidente	Dia de la semana	Jornada en que sucede	Realiza su labor
28/03/2023	07:30	Martes	(1) Normal	(1) Si

Ocupación no habitual	Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT
SIN INFORMACIÓN	00:00	(1) Dentro de la empresa

Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
(3) Pisadas, choques o golpe	(55) Golpe o Contusión	(9) Otro(s): ZONA DE PARQUI	(5) Propios del trabajo

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
(4) Miembros superiores	(4) Materiales o sustancias

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana	(2)No	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

10306/// EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA EN EL TRAMO GRAN VITALES, PREDIO AL INICIO DE ACTIVIDADES, EL TRABAJADOR DEBE REALIZAR EL NIVEL DE ACEITE DEL MOTOR ANTES DE PONER EN MARCHA LA MÁQUINA, PARA ELLO SUBIÓ EL CAPO DE MÁQUINA, EL CUAL SE SOSTIENE CON UN PALO DE ESCOBA LA PUERTA, EL PALO SE DESLIZA Y EL TRABAJADOR POR NO DEJAR LA CAER LA PUERTA, LA SOSTIENE CON SU HOMBRO DERECHO, GENERANDO UN GOLPE EN EL HOMBRO DERECHO. DIRECCIÓN: BARRIO GRAN BRITALIA UBICADO EN LA CARRERA 81D CON CALLE 57A BIS A SUR, EN LA LOCALIDAD DE BOSA. CARGO: OPERADOR DE MAQUINARIA.

Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Testigos 1	Tipo Doc	N° Doc
Testigos 2	Tipo Doc	N° Doc
Responsable TORRES ROJAS JENIFFER PAOLA Firma	Tipo Doc C	N° Doc 1022380777

Si usted requiere actualizar información relacionada con los módulos I y II del formulario, por favor acérquese al punto de atención más cercano y solicite el "Formulario de novedades de ingreso del trabajador dependiente a la administradora de riesgos laborales", marcando el campo actualización y diligenciando los datos correctos. O a través del portal web de afiliaciones.

En cumplimiento del art. 14 Ley 472 de 2015 se recuerda la obligatoriedad de reporte de accidentes graves y mortales y de enfermedades laborales directamente a la Dirección Territorial y oficinas especiales correspondientes dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad