AXA COLPATRIA

INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: **COMPENSAR E.P.S.**	CÓDIGO EPS: **EPS008**	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPATRIA**	CÓDIGO ARL: **4**
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPENSIONES**	SEGURO SOCIAL: SI [X] NO [ ]	CUAL? **COLPENSIONES**	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: **006**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR [X] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]	SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: **Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabricadas, reforma o**	CÓDIGO: **5411101**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **XIE S.A**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **830061684**

DIRECCIÓN: **CRA 11 # 134 B - 33**	TELÉFONO: **6270081**	FAX: **2325333**	DEPARTAMENTO: **BOGOTA D. C.**	CÓDIGO: **11**
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): **DRODRIGUEZ@VARGASVELANDIA.COM**	MUNICIPIO: **BOGOTA D.C.**	CÓDIGO: **11001**	ZONA: U [X] R [ ]	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: **XIE S.A**	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [X] NO [ ]			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: **Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabricadas, reforma o renovación de estructuras reside**	CÓDIGO: **5411101**			
DIRECCIÓN: **CRA 11 # 134 B - 33**	TELÉFONO: **6270081**	FAX: **2325333**		
DEPARTAMENTO: **BOGOTA D. C.**	CÓDIGO: **11**	MUNICIPIO: **BOGOTA D.C.**	CÓDIGO: **11001**	ZONA: U [X] R [ ]

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [X] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ]					CARGO: **BOAL**
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente): Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabricadas, reforma o renovación de estructuras reside					CÓDIGO: **5411101**
NOMBRE COMPLETO: **GERMAN CAMILO VASQUEZ RESTREPO**	FECHA DE NACIMIENTO: **31/10/1995**	SEXO: M [X] F [ ]			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **1218214911**	TELÉFONO: **3208932058**	FAX		
DIRECCIÓN: **KR 97 C 40 46**	DEPARTAMENTO: **BOGOTA D. C.**	CÓDIGO: **11**	MUNICIPIO: **BOGOTA D.C.**	CÓDIGO: **11001**	ZONA: U [X] R [ ]
OCUPACION HABITUAL: **Oficiales y operarios de la construcción (obra gruesa) y afines**	CÓDIGO: **000712**	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **08 días - 004 meses**			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: **18/04/2023**	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): **1160000.00**	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [X] (2) NOCTURNO [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]			

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: **25/08/2023**	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): **11:00**	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: **Viernes**	JORNADA EN QUE SUCEDE: (1) NORMAL [X] (2) EXTRA [ ]
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI [X] (2) NO [ ]	MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **PRESENCIAL**	¿EL ACCIDENTE ES POR CAÍDA DE ALTURA? (1) SI [X] (2) NO [ ]	
CUÁL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)	CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: **04 horas - 00 minutos**	

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VilOLENCIA [ ] (2) TRÁNSITO [ ] (3) DEPORTIVO [ ] (4) RECREATIVO O CULTURAL [ ] (5) PROPIOS DEL TRABAJO [X]

¿CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR? (1) SI [ ] (2) NO [ ]	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: **BOGOTA D. C.**	CÓDIGO: **11**	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: **BOGOTA D.C.**	CÓDIGO: **11001**
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U [X] R [ ]	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [ ] (2) FUERA DE LA EMPRESA [X]			

INDIQUE CUAL SITIO:

- [ ] (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- [ ] (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- [ ] (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS
- [ ] (4) CORREDORES O PASILLOS
- [ ] (5) ESCALERAS
- [ ] (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- [ ] (7) OFICINAS
- [ ] (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- [X] (9) OTRO: **fRENTE DE OBRA**

TIPO DE LESIÓN:

- [ ] (10) FRACTURA
- [ ] (20) LUXACIÓN
- [ ] (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- [ ] (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- [ ] (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclución o pérdida de ojo)
- [ ] (41) HERIDA
- [ ] (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- [X] (55) GOLPE O CONTUSION O APLASTAMIENTO
- [ ] (60) QUEMADURA
- [ ] (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- [ ] (80) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- [ ] (81) ASFIXIA
- [ ] (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- [ ] (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- [ ] (90) LESIONES MÚLTIPLES
- [ ] (99) OTRO:

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:

- [ ] (1) CABEZA
- [ ] (1.12) OJO
- [ ] (2) CUELLO
- [ ] (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
- [ ] (3.32) TORAX
- [ ] (3.33) ABDOMEN
- [ ] (4) MIEMBROS SUPERIORES
- [X] (4.46) MANOS
- [ ] (5) MIEMBROS INFERIORES
- [ ] (5.56) PIES
- [ ] (6) UBICACIONES MÚLTIPLES
- [ ] (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR):

- [ ] (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- [ ] (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- [ ] (3) APARATOS
- [X] (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [ ] (4) MATERIALES O SUSTANCIAS
- [ ] (44) RADIACIONES
- [ ] (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- [ ] (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- [ ] (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
- [ ] (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:

- [ ] (1) CAÍDA DE PERSONAS
- [ ] (2) CAÍDA DE OBJETOS
- [X] (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- [ ] (4) ATRAPAMIENTOS
- [ ] (5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
- [ ] (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
- [ ] (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
- [ ] (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS
- [ ] (9) OTRO:

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

SE COMUNICA LA SEÑORA TANIA JASBLEIDY LOMBANA ESPINOZA AUXILIAR SST Y AMBIENTAL QUIEN INDICA QUE EL ASEGURADO SE ENCONTRABA EN HORARIO LABORAL DE 0700AM A 1630PM, EL DIA 25082023 SOBRE LAS 1100AM ESTaBA HACIENDO UN MANTEniMIENTO PARA UN PLAFON DE UN SUMIDERO DE AGUA DE UN METRO DE PROFUNDIDAD ESTABA TERMINANDO DE COLOCAR LA TABLA ENCIMA DEL HUECO UTILIZANDO EL MARTILLO, AL LEVANTARSE HACE MAL MOVIENTO SOBRE LA TABLA SE RESBALA Y CAE DENTRO DEL MISMO HUECO AL SOSTENERSE SE GOLPEA CON EL MISMO MARTILLO EL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA, PRESENTANDO DOLOR E INFLAMACION

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE — HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [ ] NO [X]

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
Sandra magnolia pinto cardenas	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**39576591**	**RESIDENTE SST**

FIRMA o SELLO: AXA COLPATRIA reinventando los seguros SEGUROS DE VIDA ARL 26/08/2023 12:00:00 a.m. RECIBIDO PARA ESTUDIO	REPORTE No. **20230059282** FECHA DE RECEPCIÓN: **26/08/2023 12:00:00 a.m.** AXA COLPATRIA ARL