INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

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

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES DE AGENCIAS DE EMPLEO TEMPORAL, INCLUYE EL SUMINISTRO DE TRABAJADORES PARA LAS ACTIVIDADES DE LOS CLIENTES POR PERÍODOS LIMITADOS CON EL FIN DE REEMPLAZAR A EMPLEADOS O SUPLEMENTAR TEMPORALMENTE SU FUERZA DE TRABAJO, CUANDO EL PERSONAL SUMINISTRADO ES EMPLEADO DE LAS PROPIAS AGENCIAS DE EMPLEO TEMPORAL LAS UNIDADES CLASIFICADAS EN ESTA CLASE NO SE ENCARGAN DE LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE SUS EMPLEADOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE LOS CLIENTES

Nombre o razón social: AIKA HUMANA EST SAS

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 900801942

Dirección	Teléfono	Fax
CR 65 A 94 A-88 P 1 BRR LOS ANDES CASAN FLORESTA	3225387	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
CGESTION@AIKACO.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5411101

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS,

Dirección	Teléfono	Fax
CL 78 # 25 - 85	3225387	

Departamento	Municipio	Zona
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ( ) Planta (•) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
VIVAS	CERON	YEISON EDUARDO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1031152864	12041994	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CL 45 SUR # 11 - 05	3104851292	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R	OFICIAL DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	3:15

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
24042023	1160000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
08082023 09:50:00	S	Martes

Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?
(•) Normal ( ) Extra	(•) Si ( ) No	

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
3:50	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Lugar donde ocurrió el accidente — (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

( ) Almacenes o depósitos
( ) Áreas de producción
( ) Áreas recreativas o deportivas
( ) Corredores o pasillos
( ) Escaleras
( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
( ) Oficinas
(•) Otras áreas comunes
( ) Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

( ) Cabeza
( ) Ojo
( ) Cuello
( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
( ) Tórax
( ) Abdomen
( ) Miembros superiores
(•) Manos
( ) Miembros inferiores
( ) Pies
( ) Ubicaciones múltiples
( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

( ) Fractura
( ) Luxación
( ) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
( ) Conmoción o trauma interno
( ) Amputación o ennucleación
( ) Herida
( ) Trauma superficial
(•) Golpe contusión o aplastamiento
( ) Quemadura
( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
( ) Asfixia
( ) Efecto de la electricidad
( ) Efecto nocivo de la radiación
( ) Lesiones múltiples
( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

( ) Máquinas y/o equipos
( ) Medios de transporte
( ) Aparatos
(•) Herramientas, implementos o utensilios
( ) Materiales o sustancias
( ) Radiaciones
( ) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
( ) Otros agentes no clasificados
( ) Animales (vivos o productos animales)
( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

( ) Caída de personas
( ) Caída de objetos
( ) Pisadas, choques o golpes
( ) Atrapamientos
( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
( ) Exposición o contacto con la electricidad
( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
(•) Golpes por o contra objetos
( ) Otro

Descripción del accidente

EL COLABORADOR MANIFIESTA QUE ESTABA INSTALANDO UNA GEOCELDA, AL APOYAR LA VARILLA CONTRA UNA TAPA DE ALCANTARILLADO, LA VARILLA SE CORRIO Y SE GOLPEO EL DEDO PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA CON UNA MACETA, CON LA QUE AJUSTA LA VARILLA

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? ( ) Si (•) No

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.
Cargo — CC TI CE NU PA

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.
Cargo — CC TI CE NU PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres: PEÑA TANIA — Documento de identidad: (•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA — No.: 1016071305
Cargo: COORDINADORA SST - AIKA HUMANA

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente
Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
09-08-2023 14:04:03
09-08-2023 14:04:03
RECIBIDO

Fecha Impresión 09-08-2023 14:04:26

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO