INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

AXA COLPATRIA

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: **SALUD TOTAL S.A. E.P.S**	CÓDIGO EPS: **EPS002**	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPATRIA**	CÓDIGO ARL: **4**
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: **PORVENIR**	SEGURO SOCIAL: SI [ ] NO [X]	CUAL? **PORVENIR**	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: **003**

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: **GESTION VIAL INTEGRAL SAS**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **900515890**	
DIRECCIÓN: **KRA 19 NO 166 52**	TELÉFONO: **7552783**	FAX: **0**	DEPARTAMENTO: **BOGOTA D. C.** — CÓDIGO: **11**
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): **geradmin@g-vial.com**	MUNICIPIO: **BOGOTA D.C.**	CÓDIGO: **11001**	ZONA: U [X] R [ ]
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: **GESTION VIAL INTEGRAL SAS**	¿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: **KRA 19 NO 166 52**	TELÉFONO: **7552783**	FAX: **0**	
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: **AYUDANTE OBRA**

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: **YEINER ADRIAN RODRIGUEZ MORALES**	FECHA DE NACIMIENTO: **21/06/2003**	SEXO: M [X] F [ ]	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **1007498764**	TELÉFONO: **3205113551**	FAX:
DIRECCIÓN: **CALLE 50 B SUR N 13 17**	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: **13 días - 006 meses**	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: **08/04/2023**	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): **1615290.00**	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [ ] (2) NOCTURNO [X] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]	

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: **20/10/2023**	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): **04:00**	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 [ ] (2) NO [X]	
CUÁL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)	CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: **07 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: **areas de trabajo señalizacion vehicular**

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)
- [ ] (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
- [X] (99) OTRO: **CUERPO EXTRAÑO DR**

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:
- [ ] (1) CABEZA
- [X] (1.12) OJO
- [ ] (2) CUELLO
- [ ] (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
- [ ] (3.32) TORAX
- [ ] (3.33) ABDOMEN
- [ ] (4) MIEMBROS SUPERIORES
- [ ] (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
- [ ] (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [X] (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
- [ ] (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
- [X] (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS
- [ ] (9) OTRO:

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

el trabajador se encontraba en actividades de mezcla de cemento con el trompo, el cual al revolver le cae cemento en la cara y en el ojo derecho PRESENTA ARDOR SESACION DE CUERPO EXTRAÑO, se juago con agua y ya que le ardia el residente le informa irse para el centro asistencial.

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

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
Jhoan valdez	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**72238952**	**residente de obra**
	CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
camila garcia garcia	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**1024599034**	**residente sst**

FIRMA o SELLO:

AXA COLPATRIA reinventando los seguros — SEGUROS DE VIDA ARL
21/10/2023 12:00:00 a.m.
RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. **20230074327**

FECHA DE RECEPCIÓN: **21/10/2023 12:00:00 a.m.**

AXA COLPATRIA ARL