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	NUEVA E.P.S. S.A.	CÓDIGO EPS	EPS037	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. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA O CONTRATANTE

TIPO DE VINCULACION LABORAL (1) EMPLEADOR [X] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]		SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA	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	SOCIEDAD CAT CONSTRUCCIONES S A S	TIPO DE IDENTIFICACION NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]		NUMERO IDENTIFICACION	901326884		
DIRECCIÓN	DIG 69 B NO 11 59 BRR VILLA DE	TELÉFONO	3122750044	FAX	0	DEPARTAMENTO	BOYACA	CÓDIGO	15
CORREO ELECTRONICO (MAIL)	alosori@gmail.com	MUNICIPIO	TUNJA	CÓDIGO	15001	ZONA U [X] R [ ]			
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR	SOCIEDAD CAT CONSTRUCCIONES S A S	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [ ] NO [X]					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA 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	DIG 69 B NO 11 59 BRR VILLA DE	TELÉFONO	3122750044	FAX	0		
DEPARTAMENTO	BOYACA	CÓDIGO	15	MUNICIPIO	TUNJA	CÓDIGO	15001	ZONA U [X] R [ ]	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACION (1) PLANTA [X] (2) MISION [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ]				CARGO	OFICIAL DE OBRA
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (Solo para Independiente)				CÓDIGO	
NOMBRE COMPLETO	JHON FREDY GARCIA CAMARGO	FECHA DE NACIMIENTO	27/03/1991	SEXO M [X] F [ ]	
TIPO DE IDENTIFICACION CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NUMERO IDENTIFICACIÓN	1010081198	TELÉFONO	3132593175	FAX	
DIRECCIÓN	torre 4a apto 203	DEPARTAMENTO	BOYACA	CODIGO	15	MUNICIPIO	TUNJA	CÓDIGO	15001	ZONA U [X] R [ ]
OCUPACION HABITUAL	Oficiales y operarios de la construcción (trabajos de acabado) y afines	CÓDIGO	000713	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	00 días - 000 meses		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	01/09/2023	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	1160000.00	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNO [X] (2) NOCTURNO [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]			

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	15/09/2023	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)	11:00	DIA 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 CAIDA DE ALTURA? (1) SI [ ] (2) NO [X]
CUAL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)		CÓDIGO	0	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	04 horas - 00 minutos		

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

¿CAUSO LA MUERTE DEL TRABAJADOR? (1) SI [ ] (2) NO [X]	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	BOYACA	CÓDIGO	15	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	TUNJA	CÓDIGO	15001

ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U [X] R [ ] — LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (1) DENTRO DE LA EMPRESA [X] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]

INDIQUE CUAL SITIO:
- [ ] (1) ALMACENES O DEPOSITOS
- [X] (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
- [ ] (9) OTRO:

TIPO DE LESIÓN
- [ ] (10) FRACTURA
- [ ] (20) LUXACIÓN
- [X] (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- [ ] (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- [ ] (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión 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 MULTIPLES
- [ ] (99) OTRO

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO
- [ ] (1) CABEZA
- [ ] (1.12) OJO
- [ ] (2) CUELLO
- [X] (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
- [ ] (8) UBICACIONES MULTIPLES
- [ ] (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)
- [ ] (1) MAQUINAS 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 trabajo y de tráfico, pisos, techos, 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) CAIDA DE PERSONAS
- [ ] (2) CAIDA DE OBJETOS
- [ ] (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- [ ] (4) ATRAPAMIENTOS
- [X] (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

EL TRABAJADOR INGRESO A SU JORNADA LABORAL A LAS 7 00 AM, SIENDO LA 11 00 AM SE ENCONTRABA ENCAMILLANDO POSTERIORMENTE SE BAJA A CORRER UNA ARMADURA PARA LA PLACA AL REALIZAR ESTE MOVIMIENTO SIENTE UN FUERTE DOLOR MUSCULAR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA Y ESTE LE IMPIDE SEGUIR CON LAS ACTIVIDADES

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

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

V. DILIGENCIADO POR EL EMPLEADOR O CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
CARLOS ANDRES GALLO INFANTE	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	1055273833	COORDINADOR SG-SST

FIRMA o SELLO

SEGUROS DE VIDA AXA

REPORTE No. 20230064730

Powered by CamScanner