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
NINGUNA EPS	000	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

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

Nombre o razón social

SOCIEDAD CAT CONSTRUCCIONES SAS

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 901326684

Dirección	Teléfono	Fax
DG 69 B 11-59 P 1 BRR VILLA DEL NORTE	3132750044	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
HERMIDES.GATO@GMAIL.COM	BOYACA	TUNJA	(•) 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 17 # 11 - 53	7439786	

Departamento	Municipio	Zona
BOYACA	TUNJA	(•) 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
YANQUEN	RODRIGUEZ	WILSON GREGORIO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1049608902	21091987	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
VEREDA PALMIRA MUNICIPIO DE SUESCA	4268920	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
CUNDINAMARCA	SUESCA	(•) U ( ) R	AYUDANTE

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OBREROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	4:8

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
24032023	1500000	(•) 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
31072023 02:40:00	S	Lunes

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

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	BOYACA	TUNJA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 6:40 — Tipo de accidente: ( ) 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 TRABAJADOR INICIA SU JORNADA LABORAL A LAS 7:OO AM, SIENDO LAS 2:40 PM SE ENCONTRABA RECOGIENDO EL ADOQUIN PARA TRANSLADARLO SOBRE EL CAMINO QUE ESTABAN HACIENDO, AL MOVILIZARCE CON EL ADOQUIN SE LE RESBALO UNO Y ESTE SE LE CAE SOBRE EL PIE DERECHO GENERANDOLE FUERTE DOLOR E INCOMODIDAD PARA CAMINAR.

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) — Documento de identidad — No.

Apellidos y nombres: GALLO INFANTE CARLOS ANDRES — (•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA — 1055273033
Cargo: RESPONSABLE SG-SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
01-08-2023 14:34:26
01-08-2023 14:34:26
RECIBIDO

Fecha Impresión 01-08-2023 14:34:31

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO