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
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	001	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PROTECCION — Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES QUE SE PRESTAN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SUS DOMICILIOS O EN OTROS LUGARES, ORGANIZACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, ORGANIZACIONES NACIONALES O LOCALES DE AYUDA Y ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE ASESORAMIENTO: VISITA A ANCIANOS ENFERMOS, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIURNA PARA ANCIANOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD,

Nombre o razón social: FUNDACION FANA

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 860032186

Dirección	Teléfono	Fax
CR 96 156 B-18 BRR SALITRE LCLD SUBA	6806000	5360602

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
SGSST@FUNDACIONFANA.ORG	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: 1881001

ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES

Dirección	Teléfono	Fax
CR 96 # 156 B - 18 BRR SALITRE LCLD SUBA	6815037	5360602

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
RAMIREZ	TORRES	JAQUELINE

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	53080063	14031984	( ) M (•) F

Dirección	Teléfono	Fax
CL 89 B # 116 A - 30	6015340368	5360602

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

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
PROFESORES DE EDUCACIÓN PREESCOLAR	9:6

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
10092024	2427700	(•) 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
16062025 13:30:00	S	Lunes

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
7:30	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

TRABAJADORA INFORMA QUE ESTABAMOS EN LA HORA DEL AMUERZO DE LOS NIÑOS, AL TERMINAR DE REPARTIR LOS ALMUERZOS CRISTOFER LLEGABA DE TERAPIA, ALTERADO Y LLORANDO, EL SE ENCONTRABA EN EL PISO DEL COMEDOR PRINCIPAL, AL INTENTAR LEVANTARSE EN MEDIO DE SUS PATADAS Y GOLPES, LA DOCENTE SE AGACHA PARA LEVANTARLO DEL PISO, MOMENTO EN EL CUAL CRISTOFER SE LEVANTA Y LA EMPUJA,LO CUAL LE CAUSO CAIDA A LA DOCENTE Y EL GOLPE FUE RECIBIDO EN EL HOMBRO IZQUIERDO PRODUCIENDOLE DOLOR.

Personas que presenciaron el accidente

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

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	PATRICIA MUÑOZ GABANZO		
Cargo	DOCENTE LICENCIADA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	53025990
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo	DOCENTE LICENCIADA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	53065101

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	FONSECA PINZÓN ALEXANDRA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1018428997
Cargo	RESPONSABLE DEL SGSST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
16-06-2025 15:45:35
16-06-2025 15:45:34
RECIBIDO

Fecha Impresión 07-07-2025 17:08:10

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA