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: **SAVIA SALUD EPS**	CÓDIGO EPS: **EPS040**	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPATRIA**	CÓDIGO ARL: **4**
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPENSIONES**	SEGURO SOCIAL: SI [X] NO [ ]	CUAL?: **COLPENSIONES**	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: **006**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR [ ] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]	SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: **Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye el dragado de vías de navegación.**	CÓDIGO: **4429001**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS SAS**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **900243322**

DIRECCIÓN: **CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106**	TELÉFONO: **6044079797**	FAX: **0**	DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): **gerencia@estructurasypavimentos.com**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	ZONA: U [X] R [ ]	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: **ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS SAS**	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [ ] NO [X]			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: **Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye el dragado de vías de navegación.**	CÓDIGO: **4429001**			
DIRECCIÓN: **CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106**	TELÉFONO: **6044079797**	FAX: **6044079797**		
DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	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 DE OBRA**
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente)					CÓDIGO: **0**
NOMBRE COMPLETO: **EDUARDO ENRIQUE MEZA RODRIGUEZ**			FECHA DE NACIMIENTO: **01/05/1983**		SEXO: M [ ] F [X]
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **3840411**		TELÉFONO: **6044079797**		FAX
DIRECCIÓN: **calle 10 sur 50ff 28**	DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	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: **04 días - 000 meses**		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: **21/07/2025**	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): **1423500.00**	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [ ] (2) NOCTURNO [X] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]			

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: **25/12/2024**	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): **12:30**	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: **Miercoles**	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: **05 horas - 30 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 [X]	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**
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 DEPÓSITOS
- [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
- [ ] (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)
- [X] (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
- [ ] (99) OTRO:

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

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

El colaborador manifiesta que durante la labor de cargue de escombros, se encontraba arrojándolos desde el piso hacia la volqueta. En el momento en que intentó depositar uno de los escombros, no logró ubicarlo adecuadamente dentro del vehículo. Como resultado, el escombro quedó en su mano y atrapó su dedo índice de la mano izquierda contra el borde de la volqueta.El colaborador refiere un dolor intenso en el dedo afectado, el cual presenta inflamación y sangrado visibles.En el momento del incidente, se encontraba acompañado de un compañero de trabajo; sin embargo, este se distrajo realizando otra actividad y no presenció el golpe.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [ ] NO [X]		
NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO: **maria camila rozo pelaez**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **1040325998**	CARGO: **coordinadora sg-sst**

FIRMA o SELLO:

AXA COLPATRIA reinventando los seguros
SEGUROS DE VIDA ARL
25/07/2025
RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. **20250049831**

FECHA DE RECEPCIÓN: **25/07/2025**

AXA COLPATRIA ARL