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
NUEVA EPS S.A.	037	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

FABRICACIÓN DE PRODUCTOS METÁLICOS PARA USO ESTRUCTURAL, INCLUYE LA FABRICACIÓN, ERECCIÓN O MONTAJE DE ESTRUCTURAS METÁLICAS Y CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS DE METAL A PARTIR DE PIEZAS DE FABRICACIÓN PROPIA; LA FABRICACIÓN DE EDIFICACIONES Y COMPONENTES PREFABRICADOS EN METAL (EJ: CASETAS DE OBRA, OFICINAS, BODEGAS, HANGARES, ELEMENTOS MODULARES PARA EXPOSICIONES, ENTRE OTROS); ESTRUCTURAS METÁLICAS O ARMAZONES, PARTES DE ESTRUCTURAS METÁLICAS, ELABORADAS DE ACERO Y PRODUCTOS SIMILARES TALES COMO PUENTES Y SECCIONES DE

Nombre o razón social

JOSE ESTIVEN TORRES CASTILLO

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 1012402242

Dirección	Teléfono	Fax
CR 80 # 58 L SUR - 24 BODA	3138944920	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
MONTAJESLP7@GMAIL.COM	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: 5251101

FABRICACIÓN DE PRODUCTOS METÁLICOS PARA USO ESTRUCTURAL, INCLUYE LA FABRICACIÓN, ERECCIÓN O MONTAJE DE ESTRUCTURAS METÁLICAS Y CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS DE METAL A PARTIR DE

Dirección	Teléfono	Fax
CR 80 # 58 L SUR - 24 BRR JOSE ANTONIO GALAN BOSA	3138949203	

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
GUZMAN	GOMEZ	ANDRES FELIPE

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 1012410701

Fecha de nacimiento: 21051994

Sexo: (•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 77 # 11 - 25	3219285227	

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

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	2:18

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
14012026	2000000	(•) 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
01042026 12:20:00	S	Miércoles

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	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 5:20

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

CONTACTO CON HERRAMIENTOS U OBJETOS CORTO PUNZANTES...

Descripción del accidente

EL 01/04/2026 SIENDO LAS 12:20 PM EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA (SOBRE EL TEJADO) REALIZANDO INSTALACIÓN DE TEJA PARA SOBRECUBIERTA, EN EL MOMENTO EN EL QUE LA ESTÁ MANIPULANDO, LA TEJA SE RESBALA Y POR NO DEJARLA CAER, EL TRABAJADOR LA AGARRA Y ESTA TEJA LO CORTA, POR LO QUE PRODUCE UNA HERIDA AVULSIVA EN LA FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, SE REALIZA CURACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y SE OBSERVA HERIDA PROFUNDA. NOTA. EL TRABAJADOR CONTABA CON GUANTES Y SE ENCONTRABA ANCLADO UTILIZANDO EL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

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: CABIATIVA RIVERA KATHERINNE PAOLA — (•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA 1015445850

Cargo: RESIDENTE SSTA

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL SURA
01-04-2026 13:17:20
01-04-2026 13:17:20
RECIBIDO

Fecha Impresión 01-04-2026 13:19:30

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO