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: **E.P.S. SANITAS S.A.**	CÓDIGO EPS: **EPS005**	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	CÓDIGO
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **CONSORCIO OBRAS CONSACA**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **901776231**

DIRECCIÓN: **CLL 14 SUR NO 12 F 02**	TELÉFONO: **3165922684**	FAX: **0**	DEPARTAMENTO: **NARIÑO**	CÓDIGO: **52**
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): **ingenieros.ryf@gmail.com**	MUNICIPIO: **PASTO**	CÓDIGO: **52001**	ZONA: U [X] R [ ]	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: **CONSORCIO OBRAS CONSACA**	¿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	CÓDIGO			
DIRECCIÓN: **CLL 14 SUR NO 12 F 02**	TELÉFONO: **3165922684**	FAX: **3165922684**		
DEPARTAMENTO: **NARIÑO**	CÓDIGO: **52**	MUNICIPIO: **CONSACA**	CÓDIGO: **52207**	ZONA: U [ ] R [X]

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**
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente)					CÓDIGO

NOMBRE COMPLETO: **LUIS ALBERTO CHARFUELAN**	FECHA DE NACIMIENTO: **05/04/1975**	SEXO: M [X] F [ ]	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **87491279**	TELÉFONO: **3104734821**	FAX

DIRECCIÓN: **bombona**	DEPARTAMENTO: **NARIÑO**	CÓDIGO: **52**	MUNICIPIO: **CONSACA**	CÓDIGO: **52207**	ZONA: U [ ] R [X]
OCUPACION HABITUAL: **Oficiales y operarios de la construcción (obra gruesa) y afines**	CÓDIGO: **000712**	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **10 días - 02 meses**			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: **13/06/2024**	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): **1300000.00**	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [X] (2) NOCTURNO [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]			

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: **14/08/2024**	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): **11:40**	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: **44 horas - 0 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: **NARIÑO**	CÓDIGO: **52**	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: **CONSACA**	CÓDIGO: **52207**
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U [ ] R [X]	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [X] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]			

INDIQUE CUAL SITIO:
- [ ] (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- [ ] (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- [ ] (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS
- [X] (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)
- [X] (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 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
- [X] (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [ ] (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

me encontraba descargando un combustible con mis compaleros de trabajo y al momento de bajarlo cae sobre mi mano derecha, abriendome el dedo indice y traspasando elguante que tenia.

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

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
DIEGO ANDRES RIASCOS NARVAEZ	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**1082749436**	**ayudante**
LUIS ALFONSO CASANOVA	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**1082749436**	**almacenista**

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
july ordoñez roser	CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	**1085283078**	**coordinadora sst**

FIRMA o SELLO:

AXA COLPATRIA reinventando los seguros — SEGUROS DE VIDA ARL

14/08/2024 11:55:00 a.m.

RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. **20240056409**

FECHA DE RECEPCIÓN: **14/08/2024 11:55:00 a.m.**

AXA COLPATRIA ARL