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
COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	008	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: NINGUNA AFP — Código AFP: 000

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA, INCLUYE LOS GRADOS 1, 2, 3, 4 Y 5; LA EDUCACIÓN ESPECIAL PARA NIÑOS Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD O CON CAPACIDADES EXCEPCIONALES; EDUCACIÓN IMPARTIDA EN ESCUELAS Y ACADEMIAS MILITARES, GRUPOS ÉTNICOS, POBLACIÓN CAMPESINA Y RURAL, LOS PROGRAMAS DE ALFABETIZACIÓN PARA ADULTOS

Nombre o razón social: FUNDACION MANOS UNIDAS DE COLOMBIA

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 900026353

Dirección	Teléfono	Fax
CL 23 B # 103 B 81 SECT FONTIBON BRR LA GIRALDA	3125453222	4219242

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
ADMANOSUNIDAS@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: 1889001

OTRAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL Y DE ORIENTACIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES, ADOPCIÓN Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

Dirección	Teléfono	Fax
CL 19 # 106 - 34	9260735	

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
CLAVIJO	ASTROZ	FLOR EMILSE

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	52531096	29071978	( ) M (•) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 147 # 137 - 08	3045981376	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R	PROFESIONAL EN ATENCION A

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
PROFESORES DE EDUCACIÓN PREESCOLAR	2:27

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
11062026	1750905	(•) 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
08092026 11:00:00	S	Martes

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
4:30	( ) 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

EL ACCIDENTE FUE EN EL SALÓN

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

CAÍDAS A NIVEL (RESBALÓN O TROPIEZO QUE CAUSA CAÍDA)...

Descripción del accidente

LA PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA ESTABA CULMINANDO SU EXPERIENCIA PEDAGÓGICA EN COMPAÑÍA DE SU COMPAÑERA DOCENTE; MIENTRAS GUARDABA MATERIAL REALIZADO CON LANA, CUANDO, CAMINANDO, PISÓ POR ACCIDENTE UN ARO DE PLÁSTICO DE MATERIAL DIDÁCTICO QUE UTILIZAN LOS NIÑOS, SE TROPEZÓ HACIA ADELANTE Y COLOCÓ SUS MANOS, LO CUAL CAUSÓ QUE CAYERA ENCIMA DE SU MANO IZQUIERDA, CAUSÁNDOLE DOLOR E INFLAMACIÓN AL MOMENTO.

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

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	SANDRA PATRICIA JIMENEZ GONZALEZ		
Cargo	PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA P	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	52696441
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	DIAZ GARZON MARTHA ELIZABETH	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	52324155
Cargo	RESPONSABLE DEL SERVICIO		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
08-09-2026 12:17:09
08-09-2026 12:17:09
RECIBIDO

Fecha Impresión 08-09-2026 12:19:59

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT - 800201496-4
NUESTRO SERVICIO ES DIFERENCIAL SEGURO Y HUMANIZADO
CLL 6A 70 - 06 - 7423099 - Bogota - Colombia

Orden Nº: 124852 **Orden Incapacidades y/o licencias Código: 571 Fecha y hora:** 08/09/2026 15:36

Apellidos:	CLAVIJO ASTROZ	**Nombres:**	FLOR EMILSEN
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	52531096
Fecha de Nacimiento:	29/07/1978	**Edad:**	48 Años/1 Meses/10 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	Docente de educación básica primaria
Dirección:	CL 131 B 103 C 07	**Teléfono:**	3045981376
Nombre del Cliente:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A	**Convenio:**	39 SURA ARL
Fecha registro :	08/09/2026 15:36	**Fecha atención:**	08/09/2026 15:36

Vigencia: 08/09/2026 - 10/09/2026

Tipo de usuario: Compañias Administradoras de Riesgo Laborales

Via de ingreso: Atención inicial de urgencias

Categoria: Sin Recaudo

Diagnósticos

Principal Ingreso: S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO **Tipo principal:** Impresión Diagnóstica.

Causa externa: ACCIDENTE DE TRABAJO **Ocupación:** Docente de educación básica primaria **Tipo vinculación:** Compañias Administradoras de Riesgo Laborales

Dias de incapacidad: 3 **Prórroga:** No

Diagnóstico: S602 . CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO

Código REPS: 110010843701 **Grupo de servicios:** 05 Atención inmediata. **Modalidad de la prestación del servicio:** 01. Intramural. **Presunto origen de la incapacidad: Laboral**

Incapacidad retroactiva: N/A **Causa que motiva la atención:** .

Observaciones:

JOSE RODRIGO GOMEZ MENDEZ
CC 19467998
Nº de registro: 19467998
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Firma usuario

Powered by CamScanner