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: PROTECCION — Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

Nombre o razón social

CONSORCIO ROOSTER

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 902077939

Dirección	Teléfono	Fax
CL 20 # 12 - 84	3105602708	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
CSROOSTER26@GMAIL.COM	BOYACA	TUNJA	(•) 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: 5411202

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

Dirección	Teléfono	Fax
CL 20 # 12 - 84	3105602708	

Departamento	Municipio	Zona
BOYACA	TUNJA	(•) 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
TRIANA	SANCHEZ	JUAN ESTEBAN

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1073328126	20101998	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CL 16 # 3 - 21	3122435379	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
CUNDINAMARCA	PUERTO SALGAR	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OBREROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	0:9

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
02092026	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
10092026 14:00:00	S	Jueves

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	CUNDINAMARCA	PUERTO SALGAR	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
7:25	( ) 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

Descripción del accidente

EL 10 SE SEPTIEMBRE DE 2026, APROXIMADAMENTE A LAS 2:25 P.M., EL TRABAJADOR USABA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE ENCONTRABA REALIZANDO LABORES DE FIGURACIÓN DE ACERO EN EL MÓDULO B DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 1. EN ESE MOMENTO ESTABA AJUSTANDO UNA VARILLA DE ACERO A LA MEDIDA REQUERIDA PARA LA ACTIVIDAD. PARA SOSTENERLA, ESTABAN UTILIZANDO UNOS ELEMENTOS CONOCIDOS COMO "PERROS", MIENTRAS EL TRABAJADOR EJERCÍA FUERZA MANUAL PARA LOGRAR EL AJUSTE. DURANTE ESTA MANIOBRA, LA VARILLA SE SOLTÓ REPENTINAMENTE DEL PUNTO DONDE SE ENCONTRABA SOSTENIDA Y GOLPEO AL TRABAJADOR EN LA RODILLA DERECHA.

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

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	CARLOS FREDY BERNAL -		
Cargo	MAESTRO	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	74.180973
Apellidos y nombres	URIEL EDUARDO MARTÍNEZ TRIANA	Documento de identidad	No.
Cargo	AYUDANTE	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	3133060

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	LINARES LOZANO YULI VANESA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1018451465
Cargo	RESIDENTE HSEQ		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
11-09-2026 08:47:50
11-09-2026 08:47:49
RECIBIDO

Fecha Impresión 11-09-2026 08:49:17

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA