

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



EPS a la que está afiliado: NUEVA EPS S.A. Código EPS: 037 ARL a la que está afiliado: ARL SURA Código ARL: 40
 AFP a la que está afiliado: PROTECCION Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculator laboral: ☒ Empleado ☐ Contratante ☐ Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica:

OTROS TRABAJOS DE ACONDICIONAMIENTO

Nombre o razón social:

CORPORACIÓN LUNA VIVA

Tipo de identificación: ☒ NI ☐ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA Número: 900246284

Dirección: CL 6 14 - 6 Teléfono: 3167931378 Fax:

Correo electrónico: CORPOLUVI@GMAIL.COM Departamento: SANTANDER Municipio: PIEDECUESTA Zona: ☒ 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: 5454902

OTROS TRABAJOS DE ACONDICIONAMIENTO

Dirección: CL 6 14 - 6 Teléfono: 3167931378 Fax:

Departamento: SANTANDER Municipio: PIEDECUESTA Zona: ☒ U ☐ R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ☒ Planta ☐ Misión ☐ Cooperado ☐ Estudiante o aprendiz ☐ Independiente Código:

Primer apellido: ROJAS Segundo apellido: RIBERO Nombres: JOSE RENZO

Tipo de identificación: ☐ NI ☒ CC ☐ CE ☐ NU ☐ PA Número: 91158247 Fecha de nacimiento: 03111978 Sexo: ☒ M ☐ F

Dirección: CALLE 36 NO. 17-56 CENTRO COMERCIAL ONMICENTRO LOC Teléfono: 3167931378 Fax:

Departamento: SANTANDER Municipio: PIEDECUESTA Zona: ☒ U ☐ R Cargo: AUXILIAR DE MANTENIMI

Ocupación habitual: OBREROS DE OBRAS PÚBLICAS Y MANTENIMIENTO: CARRETERAS, PRESAS Y OBRAS SIMILARES Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente: 0:8

Fecha de ingreso a la empresa: 01042018 Salario u honorarios (mensual): 781242 Jornada de trabajo habitual: ☒ Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixto ☐ Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente: 09042018 10:20:00 Estaba dentro de la empresa?: N Día de la semana en el que ocurrió el accidente: Lunes

Jornada en que sucede: ☒ Normal ☐ Extra ¿Estaba realizando su labor habitual?: ☒ SI ☐ No ¿Cuál?:

¿Causó la muerte al trabajador?: ☐ SI ☒ No Departamento del accidente: SANTANDER Municipio del accidente: PIEDECUESTA Zona donde ocurrió el accidente: ☒ U ☐ R

Total tiempo laborado previo al accidente: 2:20 Tipo de accidente: ☐ Violencia ☐ Tránsito ☐ Deportivo ☐ Recreativo o cultural ☒ Propios del trabajo

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente

Página 1 de 2

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 vehicular
☐ Oficinas
☐ Otras áreas comunes
☒ Otro
 QUEBRADA VILLANUEVA

Parte del cuerpo aparentemente afectado

- ☐ Cabeza
☒ Ojo
☐ Cuello
☐ Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
☐ 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
☐ Contusión o trauma interno
☐ Amputación o enucleación
☐ 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
 SALPICADURA DE LIQUIDO (SAVIA) EN EL OJO

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
☐ Explosión o contacto con temperatura extrema
☐ Exposición o contacto con la electricidad
☐ Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
☒ Otro
 CAUSADO POR SERES VIVOS. MACROORGANISMOS...

Descripción del accidente

MIENTRAS EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO SU ACTIVIDAD LABORAL RUTINARIA AL GUADAÑAR UN ARBUSTO LA PLANTA ARROJO LIQUIDO (SAVIA) SOBREPASANDO LAS GAFAS AFECTANDO SU OJO DERECHO CAUSANDOLE ARDOR

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☒ Si ☐ No

Apellidos y nombres: EVELIO HERNANDEZ MENDEZ
 Cargo: AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

Documento de identidad: CC TI CE NU PA No. 5691925

Apellidos y nombres:
 Cargo:

Documento de identidad: CC TI CE NU PA No.

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres: VARGAS CARDENAS JUAN MANUEL
 Cargo: COORDINADOR SG SST

Documento de identidad: CC TI CE NU PA No. 1152215311

Fecha de diligenciamiento del Informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA



Fecha Impresión 09-04-2018 10:58:25

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente

Página 2 de 2