



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL  
Bogotá 3307000  
Resto del país 01 8000 111170  
Desde su Celular #533

Diligenciado el : 23/09/2021 Estado : Procesado  
Fecha de impresión : 23/09/2021  
Número de radicación : 5464948  
Id Accidente de Trabajo : -  
Id del Siniestro : -

## FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - EMPRESA

EPS SURAMERICANA S.A

AFP PORVENIR S.A.

ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL

### I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento 901245271	Tipo de Doc N	Nombre o razón social EXCAVACIONES CORREA MEJIA S.A.S.	Tipo de vinculación Empleador
---------------------------	------------------	---	----------------------------------

Dirección sede principal

Dirección reportada

CRA 32 7 11

Actividad económica (Sede principal)

TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES

Código

5451201

Teléfono

Fax

E-mail

Departamento

Municipio

Zona

3104152155

EXCAVACIONESCORREAMEJIA

VALLE DEL CAUCA

YUMBO

Urbana

Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?

Dirección del centro de trabajo

SI

CRA 32 7 11

Actividad económica del centro de trabajo

TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES

Código

5451201

Teléfono

Fax

E-mail

Departamento

Municipio

Zona

3104152155

VALLE DEL CAUCA

YUMBO

Urbana

### II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento 1143949280	Tipo de Doc C	Fecha de nacimiento 24/07/1992	Sexo M	Tipo de vinculación (1) Dependiente
----------------------------	------------------	-----------------------------------	-----------	--

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

RENDON

MARTINEZ

CHRISTIAN

ALBERTO

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Fax

Trasversal 4 Nro 11 -12

CARTOPO1992@OUTLOOK.C

3176500124

Departamento

Municipio

Zona

Fecha de ingreso a la empresa

Salario mensual

Jornada habitual

VALLE

JAMUNDI

Urban

27/11/2020

1.500.000

(1) Diurna

Ocupación

Código

TOPOGRAFO

2357

### III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente 23/09/2021	Hora del accidente 09:30	Día de la semana Jueves	Jornada en que sucede (1) Normal	Realiza su labor (1) Si
-----------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------	----------------------------

Ocupación SIN INFORMACIÓN  
no habitual

Tiempo laborado  
02:30

Lugar donde ocurre el AT  
(2) Fuera de la empresa

Mecanismo o forma del AT

Tipo de lesión

Sitio

Tipo de accidente

(3) Pisadas, choques o golpe

(41) Herida

(9) Otro(s): OBRA BULEVAR

(5) Propios del trabajo

Parte del cuerpo afectada

Agente del accidente

(446) Manos

(1) Maquinas y/o equipos

Departamento

Municipio

Zona AT

Mortal

Fecha mortal

VALLE

CALI

Urbana

(2)No

### IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

EL TRABAJADOR ACCIDENTADO EXPRESA TÁCITAMENTE NECESITÁBAMOS VOLTEAR EL RIEL DEL VIBRO PORQUE SE ESTABA PEGANDO EL MATERIAL, LE DIJE A MI COMPAÑERO (OPERADOR DEL VIBRO) QUE LO BAJÁRAMOS QUE NOSOTROS LE COLABORÁBAMOS PARA ORGANIZAR ESO Y PARA PODER HACER EL TRABAJO; ENTONCES EN EL MOMENTO LO BAJAMOS, CUANDO YA LO VOLTEAMOS, ÉL PESA ENTONCES HAY QUE BAJARLO A PLOMO, PERO BAJO MAS EN UN COSTADO QUE DEL OTRO, ME PUDO EN FUERZA, TRATE DE SACAR LOS DEDOS Y ME COGIÓ LA PUNTA DE LOS CUATRO DEDOS, QUEDANDO ENTRE HIERRO Y HIERRO PERO LOS DEDOS ME QUEDARON EN MEDIO DEL VACÍO MANO IZQUIERDA DEDOS 1,2,3,4

Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono
---------	-----------	--------------------	----------

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

Testigos 1 CESAR ESTENBAN TUMAL VELASQUEZ

Tipo Doc C

N° Doc 1193470054

Testigos 2

Tipo Doc

N° Doc

Responsable DAYANA MADROÑERO DIAZ

Firma

Tipo Doc C

N° Doc 1144034793

Si usted requiere actualizar información relacionada con los módulos I y II del formulario, por favor acérquese al punto de atención más cercano y solicite el Formulario de novedades de ingreso del trabajador dependiente a la administradora de riesgos laborales, marcando el campo actualización y diligenciando los datos correctos. O a través del portal web de afiliaciones.

En cumplimiento del art. 14 Ley 472 de 2015 se recuerda la obligatoriedad de reporte de accidentes graves y mortales y de enfermedades laborales directamente a la Dirección Territorial y oficinas especiales correspondientes dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad