



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

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

Fecha de reporte : 07/07/2022
Fecha de impresión : 15/08/2022
Número de radicación : 202201001069277
Id Accidente de Trabajo : 407624400
Id del Siniestro : 417998260

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Call Center

EPS SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.S.

AFP PORVENIR

ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A./ARL

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento 901245271	Tipo de Doc NI	Nombre o razón social EXCAVACIONES CORREA MEJIA S.A.S.	Tipo de vinculación Empleador		
Dirección sede principal CRA 32 7 11		Dirección reportada			
Actividad económica (Sede principal) TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES					Código 5451201
Teléfono 3104152155	Fax	E-mail EXCAVACIONESCORREAMEJIA	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio YUMBO	Zona Urbana
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal? SI		Dirección del centro de trabajo CRA 32 7 11			
Actividad económica del centro de trabajo TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES					Código 5451201
Teléfono 3104152155	Fax	E-mail	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio YUMBO	Zona Urbana

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento 94277176	Tipo de Doc CC	Fecha de nacimiento 05/10/1969	Sexo M	Tipo de vinculación (1) Dependiente	
Primer apellido CARDENAS	Segundo apellido ARCE	Primer nombre JOSE	Segundo nombre MARIA		
Dirección MANZANA D CASA 9		Correo electrónico	Teléfono 3232039133	Fax	
Departamento VALLE	Municipio CANDELARIA	Zona Urban	Fecha de ingreso a la empresa 10/10/2020	Salario mensual 1282828	Jornada habitual (1) Diurna
Ocupación CONDUCTOR CAMIONETA REPARTO					Código 3361

III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente 07/07/2022	Hora del accidente 10:20	Día de la semana Jueves	Jornada en que sucede (1) Normal	Realiza su labor (1) Si	
Ocupación no habitual	Tiempo laborado 03:20			Lugar donde ocurre el AT (1) Dentro de la empresa	
Mecanismo o forma del AT (3) Pisadas, choques o golpe	Tipo de lesión (55) Golpe o Contusión	Sitio (2) Areas de producción	Tipo de accidente (5) Propios del trabajo		
Parte del cuerpo afectada (446) Manos	Agente del accidente (2) Medios de transporte				
Departamento VALLE	Municipio JAMUNDI	Zona AT Urbana	Mortal (2) No	Fecha mortal	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

13146//EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO SUS LABORES COMO CONDUCTOR ESTABA LIMPIANDO EL VOLCÓ DE LA VOLQUETA SE CIERRA LA COMPUERTA DEL VOLCO GENERANDO GOLPE DEDO 5 MANO IZQUIERDA PRESENTANDO INFLAMACIÓN, DOLOR ENROJECIMIENTO Y SANGRADO. CARGO: CONDUCTOR DIRECCIÓN: OBRA LAKE OCÉANO VERDE

Datos del jefe inmediato

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

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Testigos 1	Tipo Doc	N° Doc
Testigos 2	Tipo Doc	N° Doc
Responsable CORREA MEJIA LINA MA	Firma	Tipo Doc CC N° Doc 1144189967

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