



**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  
Fecha de impresión : 06/10/2021  
Número de radicación : 202101001103237  
Id Accidente de Trabajo : 382553091  
Id del Sinistro : 392907128

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

Diligenciado Por	Formulario Web - Empresa	EPS	SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.S.
AFP	PORVENIR	ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL

### I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento	Tipo de Doc	Nombre o razón social	Tipo de vinculación		
901245271	NI	EXCAVACIONES CORREA MEJIA S.A.S.	Empleador		
Dirección sede principal			Dirección reportada		
CRA 32 7 11					
Actividad económica (Sede principal)					Código
TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES					5451201
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3104152155		EXCAVACIONESCORREAMEJIA	VALLE	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					Código
TRABAJOS DE PREPARACION DE TERRENOS PARA OBRAS CIVILES					5451201
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3104152155			VALLE	YUMBO	Urbana

### II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento 1143949280	Tipo de Doc CC	Fecha de nacimiento 24/07/1992	Sexo M	Tipo de vinculación (1) Dependiente	
Primer apellido RENDON	Segundo apellido MARTINEZ	Primer nombre CHRISTIAN	Segundo nombre ALBERTO		
Dirección Trasversal 4 Nro 11 -12		Correo electrónico CARTOPO1992@OUTLOOK.C	Teléfono 3176500124	Fax	
Departamento VALLE	Municipio CALI	Zona Urban	Fecha de ingreso a la empresa 27/11/2020	Salario mensual 1.500.000	Jornada habitual (1) Diurna
Ocupación TOPOGRAFO				Código 2357	

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

Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede		Realiza su labor
23/09/2021	09:30	Jueves	(1) Normal		(2) Si
Ocupación SIN INFORMACIÓN			Tiempo laborado		Lugar donde ocurre el AT
no habitual			02:30		(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 2, 3, 4 Y 5 DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA ME QUEDARON EN MEDIO

#### Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

Testigos 1	CESAR ESTENBAN TUMAL VELASQUEZ	Tipo Doc	CC	N° Doc	1193470054
Testigos 2		Tipo Doc		N° Doc	
Responsable	DAYANA MADROÑERO DIA	Firma		Tipo Doc	CC
				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