

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE



EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
E P S SURA	010	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	PROTECCION	Código AFP	002

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral	<input checked="" type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Contratante	<input type="radio"/> Cooperativa de trabajo asociado
Nombre de la actividad económica			
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS CENTROS DE ATENCION MÉDICA CON RADIOLOGICO Y/O RADIOTERAPIA, CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTO-LOGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICAS NO CUMPLEN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCION VIGENTE.			
Nombre o razón social			
PRODIAGNOSTICO S.A.			
Tipo de identificación	<input checked="" type="radio"/> NI	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE
Número	800250192		
Dirección	Teléfono	Fax	
CR 51CC 67 1/2-67 BRR SEVILLA	4443231		
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
saludocupacional@prodiagnostico.com	ANTIOQUIA	MEDELLIN	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal?	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Nombre de la actividad económica del centro de trabajo	Código de la actividad económica del centro de trabajo	5851101
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS CENTROS DE ATENCION MÉDICA CON RADIOLOGICO Y/O RADIOTERAPIA, CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTO-LOGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICAS NO CUMPLEN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCION VIGENTE.		
Dirección	Teléfono	Fax
CR 51CC 67-67 BRR SEVILLA	4443231	
Departamento	Municipio	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación	<input checked="" type="radio"/> Planta	<input type="radio"/> Misión	<input type="radio"/> Cooperado	<input type="radio"/> Estudiante o aprendiz	<input type="radio"/> Independiente	Código
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres				
PATÍÑO	PEREZ	LEIDY JHOJANA				
Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo			
<input type="radio"/> NI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NU <input type="radio"/> PA	1128421291	07051989	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F			
Dirección	Teléfono	Fax				
CL 69 51 C-24	4443231					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
ANTIOQUIA	MEDELLIN	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R	AUXILIAR DE ENFERMERÍA			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA	48:0					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
23092009	1246490	<input checked="" type="radio"/> Diurna <input type="radio"/> Nocturna <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Turnos				

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrió el accidente	
23092014 13:00:00	S	MARTES	
Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?	
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Extra	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrió el accidente
<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	ANTIOQUIA	MEDELLIN	<input checked="" type="radio"/> U <input type="radio"/> R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
6:0	<input type="radio"/> Violencia <input type="radio"/> Tránsito <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Recreativo o cultural <input checked="" type="radio"/> Propios del trabajo		

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de

Página 1 de 2

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

ESTUDIOS ESPECIALES

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 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

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

☒ Otro

PUNCIÓN CON AGUJA

Descripción del accidente

LA SEÑORA SE ENCONTRABA ASISTIENDO UNA BIOPSIA, EL ELEMENTO CON EL CUAL REALIZAN ESTE PROCEDIMIENTO TIENE UNA AGUJA LARGA AL FINAL, AL TERMINAR LA BIOPSIA ELLA SACA LA AGUJA Y SE CHUZA EL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☐ Si

☒ No

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

Cargo

CC

TI

CE

NU

PA

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

Cargo

CC

TI

CE

NU

PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad

No.

Apellidos y nombres

ZULY ALEXANDRA VALENCIA MONTOYA

☒ CC

☐ TI

☐ CE

☐ NU

☐ PA

1035862831

Cargo

LIDER SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

Fecha Impresión

23-09-2014 14:17:52

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de

Página 2 de 2