



INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		NUEVA E.P.S. S.A.	CÓDIGO EPS	EPS037	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	COLPATRIA ARL	CÓDIGO ARL	4	
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO		COLFONDOS	SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL?	COLFONDOS	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	010	
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA									
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL		(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA		Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc. cuando se prestan a pacientes internos, que se realiza en		CÓDIGO	3861001
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		HOSPITAL SUMAPAZ ESE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		890702190	
DIRECCIÓN		KRA 7 NO 8 37 CENTRO		TELÉFONO		FAX		0	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		HOSPITALSUMAPAZ@HOTMAIL.COM		MUNICIPIO		ICONONZO		CÓDIGO 73352 ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		HOSPITAL SUMAPAZ ESE		¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc. cuando se prestan a pacientes internos, que se realiza en		TELÉFONO		FAX		CÓDIGO 3861001	
DIRECCIÓN		KRA 7 NO 8 37 CENTRO		TELÉFONO		FAX		3115001781 0	
DEPARTAMENTO		TOLIMA		CÓDIGO		MUNICIPIO		73	
DEPARTAMENTO		TOLIMA		CÓDIGO		MUNICIPIO		73	
DEPARTAMENTO		TOLIMA		CÓDIGO		MUNICIPIO		73	
DEPARTAMENTO		TOLIMA		CÓDIGO		MUNICIPIO		73	
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ									
TIPO DE VINCULACIÓN		(1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		CARGO		AUXILIAR DE ENFERMERIA			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (Solo para independientes)		Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc. cuando se prestan a pacientes internos, que se realiza en		CÓDIGO		3861001			
NOMBRE COMPLETO		ASTRID ROCIO ANTONIO ORTIZ		FECHA DE NACIMIENTO		23/04/1989		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		1010067620		TELÉFONO	3112300732
DIRECCIÓN		BARRIO COUNTRY		DEPARTAMENTO		TOLIMA		CÓDIGO 73	
OCUPACION HABITUAL		Trabajadores de los cuidados personales y afines		CÓDIGO		TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		08 días - 003 meses	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		02/09/2023		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		1160000.00		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNO <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNO <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input checked="" type="checkbox"/>	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE									
FECHA DEL ACCIDENTE		11/12/2023		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		11:15		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: Lunes	
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		PRESENCIAL		JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>	
¿EL ACCIDENTE ES POR CAÍDA DE ALTURA?		(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		¿CUAL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)		CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 04 horas - 15 minutos	
TIPO DE ACCIDENTE:		(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>		¿CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR?		(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	TOLIMA
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	TOLIMA
INDIQUE CUAL SITIO:		(1) ALMACENES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR <input type="checkbox"/> (7) OFICINAS <input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> (9) OTRO: servicio de urgencias <input checked="" type="checkbox"/>		TIPO DE LESIÓN:		(10) FRACTURA <input type="checkbox"/> (11) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (12) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (13) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (14) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida de ojo) <input type="checkbox"/> (15) HERIDA <input checked="" type="checkbox"/> (16) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (17) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> (18) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (19) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (20) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (21) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (22) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (23) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (24) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (25) OTRO: <input type="checkbox"/>			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		(1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO <input type="checkbox"/> (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TORAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.46) MANOS <input checked="" type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5.56) PIES <input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>		AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR):		(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS <input type="checkbox"/> (8) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>			
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:		(1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHÓQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO: punción <input checked="" type="checkbox"/>		DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE		ASEGURADO REFIERE QUE LE ADMINISTRÓ UNA INYECCIÓN PARENTERAL A UN PACIENTE AL MOMENTO DE reanapuchar LA AGUJA SE GENERA PUNCIÓN EN EL PEDO MEDIO DE LA MANO IZQUIERDA PRESENTA DOLOR LEVE HERIDA Y SANGRADO ESCASO			
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
RESponsable del informe (Representante o Delegado)		yesica lorena farfan morono		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		1106363576 asesor.de sg-sst	
FIRMA o SELLO:		SEGUROS DEVIDA ARL 11/12/2023, 12:00:00 a.m. RECIBIDO PARA ESTUDIO		REPORTE No. 20230086729 FECHA DE RECEPCIÓN: 11/12/2023 12:00:00 a.m. AXA COLPATRIA ARL					

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - BRAYAN REYNEL | EPS NUEVA E.P.S S.A.
AFP COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS | ARL POSITIVA COMPAÑIA 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
899999998	N	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)			Contratante
Dirección sede principal			Dirección reportada		
AUTOPISTA NORTE 94 72					
Actividad económica (Sede principal)					Código
OTRAS ACTIVIDADES DE SOPORTE TÍPICAMENTE PROVISTAS A LOS NEGOCIOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE.					1829902
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
6502200	6502200	LUCIADELAHOZ32@GMAIL.CO	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?		Dirección del centro de trabajo			
SI		AUTOPISTA NORTE 94 72			
Actividad económica del centro de trabajo					Código
OTRAS ACTIVIDADES DE SOPORTE TÍPICAMENTE PROVISTAS A LOS NEGOCIOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE.					1829902
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
6502200	6502200		BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ					
No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación	
1065630476	C	28/12/1990	F	(5) Independiente	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
DE LA HOZ	BOCANEGRA	LUCIA	CAROLINA		
Dirección		Correo electrónico	Teléfono	Fax	
brisas de agua blanca torre d ap 506		LUCIADELAHOZ32@GMAIL.CO	3015816321		
Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	Urbana	01/03/2016	2.880.000	(4) Turnos
Ocupación					Código
VENDEDORES A DOMICILIO Y POR TELÉFONO					9888

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	
16/10/2023	19:00	Lunes	(1) Normal	(1) Si	
Ocupación	SIN INFORMACION		Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT	
no habitual			12:00	(1) Dentro de la empresa	
Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente		
(0) Exposición o contacto con	(41) Herida	(9) Otro(s): SALA DE PROCEL	(5) Propios del trabajo		
Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente				
(446) Manos	(61) aguja/material cortopunzante				
Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal	
CUNDINAMARCA	GIRARDOT	Urbana	(2) No		

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
ASEGURADO ESTABA EN SU LABOR EN LA INSTITUCIÓN HOSPITAL SUMA PAZ DE INCONONZO TOLIMA Y DURANTE UNA SUTURA DE UNA HERIDA DE UN PACIENTE REALIZO UN MOVIMIENTO BRUSCO Y LA ASEGURADA SE PUNZO EL DEDO DOS DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO LO QUE LE OCASIONO SANGRADO Y DOLOR. CARGO MEDICA GENERAL

Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Testigos 1	Tipo Doc	Nº Doc
Testigos 2	Tipo Doc	Nº Doc
Responsable LUCIA CAROLINA DE LA HOZ BO	Firma	Tipo Doc C
		Nº Doc 1065630476

Si usted requiere actualizar información relacionada con los módulos I y II del formulario, por favor acerquese 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 diligencie 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

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		ASMET SALUD	CÓDIGO EPS	ESSC62	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	COLPATRIA	CÓDIGO ARL	4	
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO		SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL?	PORVENIR	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	003		
I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA									
TIPO DE VINCULACION LABORAL (1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		SEDE PRINCIPAL - NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA		empresas dedicadas a actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con informacion incluye hospitales generales, centros de atencion medica con ayudas diagnosticas, instituciones prestadoras de				CÓDIGO	3851101
NOMBRE O RAZON SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACION		NÚMERO IDENTIFICACION		890702190			
DIRECCION		TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		CÓDIGO	
KRA 7 NO 8 37 CENTRO		3115001781		0		TOLIMA		73	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA			
HOSPITALSUMAPAZ@HOTMAIL.COM		ICONONZO		73352		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>			
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		empresas dedicadas a actividades de la practica medica incluye los servicios medicos y/o paramédicos asistenciales domiciliarios excepto servicios de prevencion y/o promocion		CÓDIGO		2851202			
DIRECCION		TELÉFONO		FAX		0			
KRA 7 NO 8 37 CENTRO		3115001781		0					
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA	
TOLIMA		73		ICONONZO		73352		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO									
TIPO DE VINCULACION (1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISION <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		CARGO		AUXILIAR DE ENFERMERIA					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (Solo para Independiente)		empresas dedicadas a actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internacion incluye hospitales generales, centros de atencion medica con ayudas diagnosticas, instituciones prestadoras de servicios de salud, centros especializa		CÓDIGO					
NOMBRE COMPLETO		FECHA DE NACIMIENTO		15/01/1993					
YEINI KATHERINE GUTIERREZ POLOCHE		SEXO		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>					
TIPO DE IDENTIFICACION		NÚMERO IDENTIFICACION		TELÉFONO		FAX			
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>		1110531618		3212920736					
DIRECCION		DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
MZ A CASA 11 BARRIO LOS ALMENDROS		TOLIMA		73		ICONONZO		73352	
OCUPACION HABITUAL		CÓDIGO		TIEMPO OCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		15 días - 074 meses			
Personal de enfermería y partería de nivel medio		000323		000323					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL		(1) DIURNO <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNO <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input checked="" type="checkbox"/>			
26/08/2022		1500000.00		1500000.00					
III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE									
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE:		JORNADA EN QUE SUCEDE			
10/09/2022		12:13		Sabado		(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>			
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CUAL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)		CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 05 horas - 12 minutos			
(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>									
TIPO DE ACCIDENTE		(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>							
¿CAUSO LA MUERTE DEL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE		CÓDIGO	
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		TOLIMA		73		ICONONZO		73352	
ZONA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE		LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>					
U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>									
INDIQUE CUAL SITIO:		(1) ALMACENES O DEPÓSITOS		(4) CORREDORES O PASILLOS		(7) OFICINAS			
<input type="checkbox"/>		(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN		(5) ESCALERAS		(8) OTRAS ÁREAS COMUNES			
<input type="checkbox"/>		(3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS		(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR		<input checked="" type="checkbox"/> (9) OTRO: AGUJA			
<input type="checkbox"/>									
TIPO DE LESIÓN:		(10) FRACTURA		<input checked="" type="checkbox"/> (41) HERIDA		(80) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE			
<input type="checkbox"/>		(20) LUXACION		<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)		(81) ASFIXIA			
<input type="checkbox"/>		(25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACION DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA		<input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSION O APLASTAMIENTO		(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/>		(30) CONMOCION O TRAUMA INTERNO		<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA		(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACION			
<input type="checkbox"/>		(40) AMPUTACION O ENUCLEACION (exclucion o pérdida de ojo)		<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACION AGUDA O ALERGIA		(90) LESIONES MÚLTIPLES			
						(99) OTRO:			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:		(1) CABEZA		(3) TRONCO		(4.46) MANOS			
<input type="checkbox"/>		(1.12) OJO		(3.32) TORAX		(5) MIEMBROS INFERIORES			
<input type="checkbox"/>		(2) CUELLO		(3.33) ABDOMEN		(6) UBICACIONES MÚLTIPLES			
		(Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)		(4) MIEMBROS SUPERIORES		(7) LESIONES GENERALES U OTRAS			
AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR):		(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS		<input checked="" type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS		(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)			
<input type="checkbox"/>		(2) MEDIOS DE TRANSPORTE		(4) MATERIALES O SUSTANCIAS		(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS			
<input type="checkbox"/>		(3) APARATOS		(44) RADIACIONES		(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS			
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:		(1) CAIDA DE PERSONAS		(4) ATRAPAMIENTOS		(7) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/>		(2) CAIDA DE OBJETOS		(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO		(8) EXPOSICION O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS			
<input type="checkbox"/>		(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES		(6) EXPOSICION O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA		<input checked="" type="checkbox"/> (9) OTRO: PUNCION			
IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE									
DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE									
ESTABA INYECTANDO UN PACIENTE AL ZAFAR LA AGUJA DEL CAPUCHON LA GUJA SE DOBLO Y SE PINCHO EN EL 2 DEDO DE LA MANO IZQUIERDO POR LO CUAL INDICA QUE YA ESTABA CONTAMINADO POR EL PACIENTE QUE ESTABA ATENDIENDO LO CUAL LE OCASINA UN RIESGO BIOLÓGICO E INDICA QUE EN EL MOMENTO NO PRESENTA NINGUN SINTOMA									
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?		SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>			
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACION		NÚMERO IDENTIFICACION		CARGO			
		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>							
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACION		NÚMERO IDENTIFICACION		CARGO			
		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>							
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)									
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACION		NÚMERO IDENTIFICACION		CARGO			
NATALIA BATTE ESPITIA		CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>		1069720723		AUXILIAR ADMINISTRATIVO			
FIRMA o SELLO:		 SEGUROS DE VIDA ARL		REPORTE No. 20220071018		FECHA DE RECEPCION: 10/09/2022 12:00:00 a.m.			
		10/09/2022 12:00:00 a.m.							
		RECIBIDO							



INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

Formulario de datos personales y laborales: EPS A LA QUE ESTA AFILIADO (SALUD TOTAL S.A. E.P.S.), APELLIDO Y NOMBRE (YUDY VIVIANA ESPINEL RINCON), FECHA DE NACIMIENTO (12/09/1984), TIPO DE VINCULACION (PLANTA), DIRECCION (CARRERA 1 N 1-87 BARRIO LOS ALMENDROS), TIPO DE LESION (HERIDA), PARTE DEL CUERPO AFECTADO (MANOS), MECANISMO DEL ACCIDENTE (EXPOSICION O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA).

Stamp: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA ARL, 22/06/2022 05:13:00, RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. 20220049101, FECHA DE RECEPCION: 22/06/2022 05:13:00 p.m., AXA COLPATRIA ARL

LUGAR:	consultorio odontologico	No	1
FECHA DEL EVENTO:	26/04/2023	TIPO DE ACCIDENTE	Leve

¿QUÉ PASO?	REGISTRO FOTOGRAFICO
<p>La doctora se encontraba en el consultorio de odontología cuando se disponía a lavar el instrumental para ponerlo a secar y luego esterilizar, cuando se disponía a secar el instrumental se punza el dedo índice de la mano izquierda con el explorador, en ese momento siente un fuerte dolor y suelta los Instrumento y se dispone a realizar lavado de la herida, la cual no sangro.</p>	
<p>¿QUÉ LO CAUSÓ?</p> <p>El proceso se realiza con afán, y con exceso de confianza sin identificar la consecuencia.</p>	
<p>¿QUE DEBEMOS HACER PARA QUE NO NOS VUELVA A OCURRIR?</p> <p>se debe tener conciencia a la hora de realizar los procedimientos, teniendo en cuenta los peligros a los que estamos expuestos, se recomienda afianzar la tecnica para la realizacion adecuada de los procedimientos. se hace la aclaracion que no se hace reporte a la arl ya que fue un incidente leve, se tomaran las medidas preventivas internamente.</p>	