



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	
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 MUNICIPIO 73352 ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
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	73
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			
NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		CARGO			
FIRMA o SELLO:		SEGUROS DEVIDA ARL		REPORTE No. 20230086729		FECHA DE RECEPCIÓN: 11/12/2023 12:00:00 a.m.			
11/12/2023 12:00:00 a.m.		RECIBIDO PARA ESTUDIO		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 actualizado 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



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 accidente de trabajo con secciones: I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO, III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE, IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE. Includes fields for company name (HOSPITAL SUMAPAZ ESE), employee name (YEINI KATHERINE GUTIERREZ POLOCHE), date (10/09/2022), and injury details.

SEGUROS DE VIDA ARL AXA COLPATRIA 10/09/2022 12:00:00 a.m. RECIBIDO

REPORTE No. 20220071018 FECHA DE RECEPCION: 10/09/2022 12:00:00 a.m.



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 accidente de trabajo with fields for: EPS A LA QUE ESTA AFILIADO (SALUD TOTAL S.A. E.P.S.), ARL A LA QUE ESTA AFILIADO (COLPATRIA), TIPO DE VINCULACION LABORAL, NOMBRE O RAZON SOCIAL (HOSPITAL SUMAPAZ ESE), DIRECCION, DEPARTAMENTO (TOLIMA), MUNICIPIO (ICONONZO), TIPO DE VINCULACION (PLANTA), FECHA DEL ACCIDENTE (22/06/2022), TIPO DE LESION (HERIDA), PARTE DEL CUERPO AFECTADO (MANOS), MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE, and DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE.

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 técnica para la realización adecuada de los procedimientos. se hace la aclaración que no se hace reporte a la arl ya que fue un incidente leve, se tomaran las medidas preventivas internamente.</p>	