

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
SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	005	ARL SURA	40
AFP a la que está afiliado	Código AFP		
PORVENIR	003		

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral	☒ Empleado	☐ Contratante	☐ Cooperativa de trabajo asociado
Nombre de la actividad económica			
CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS			
Nombre o razón social			
CONSORCIO EVOLET			
Tipo de identificación	☒ NI	☐ CC	☐ CE
	☐ NU	☐ PA	Número
			901784507
Dirección	Teléfono		Fax
CR 11 # 8 NORTE - 50	3043935212		
Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
CONSORCIOEVOLET@GMAIL.COM	CAUCA	POPAYAN	☐ U ☒ R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal?	☒ Si	☐ No
Nombre de la actividad económica del centro de trabajo	Código de la actividad económica del centro de trabajo	5411202
CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS		
Dirección	Teléfono	Fax
CARRERA 6 10-142	3043935212	
Departamento	Municipio	Zona
CAUCA	POPAYAN	☒ U ☐ R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación	☒ Planta	☐ Misión	☐ Cooperado	☐ Estudiante o aprendiz	☐ Independiente	Código
Primer apellido	Segundo apellido	Nombres				
TORRES	ORDOÑEZ	YONATAN DAVID				
Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo			
☐ NI	☒ CC	☐ CE	☐ NU	☐ PA	1089568906	11022007
			☒ M	☐ F		
Dirección	Teléfono		Fax			
CL 65 NORTE # 10 - 63 EL UVO	3128337418					
Departamento	Municipio	Zona	Cargo			
CAUCA	POPAYAN	☒ U ☐ R	AYUDANTE DE OBRA			
Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente					
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	1:2					
Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual				
14112025	1423500	☒ Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixto ☐ Turnos				

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrió el accidente	
16122025 09:00:00	S	Martes	
Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?	
☒ Normal ☐ Extra	☒ Si ☐ No		
¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrió el accidente
☐ Si ☒ No	CAUCA	POPAYAN	☐ U ☒ R
Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente		
2:0	☐ Violencia ☐ Tránsito ☐ Deportivo ☐ Recreativo o cultural ☒ Propios del trabajo		

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 1 de 2

Lugar donde ocurrió el accidente

☒ Dentro de la empresa

☐ Fuera de la empresa

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

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

☒ Golpes por o contra objetos

☐ Otro

Descripción del accidente

UNA GUAYA DE UNA PLUMA SE REVENTO E IMPACTO SOBRE LA FRENTE DEL COLABORADOR

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

☐ Si

☒ No

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

CC

TI

CE

NU

PA

Cargo

Apellidos y nombres

Documento de identidad

No.

CC

TI

CE

NU

PA

Cargo

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad

No.

CC

TI

CE

NU

PA

Apellidos y nombres

TORRES ORDOÑEZ YONATAN

1089568906

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente
Fecha de recibido en ARL SURA



Fecha Impresión 16-12-2025 10:50:26