INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
SURA EPS	010	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE BASURAS, ENVÍO DE CORRESPONDENCIA, RECEPCIÓN SERVICIOS CONEXOS A FIN DE FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES LAS UNIDADES CLASIFICADAS EN ESTA CLASE PROPORCIONAN PERSONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS ACTIVIDADES DE APOYO, PERO NO PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LOS CLIENTES NI SON RESPONSABLES DE ELLAS INCLUYE CONSERJES

Nombre o razón social: ASEAR SA ESP

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 811044253

Dirección	Teléfono	Fax
CR 51 C # 12 B SUR - 66	3207528100	3222278

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
COORDINACIONSST@ASEARESP.COM	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) 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: 2811001

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE

Dirección	Teléfono	Fax
CL 51 57-70	3222278	

Departamento	Municipio	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ( ) Planta (•) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
CALLE	PARRA	JORGE AUGUSTO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	71262283	09081982	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 58 # 47 B 30	3117375519	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R	OPERARIO DE MANTENIMEINTO

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS, HOTELES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS	4:11

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
21102024	1423500	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
27022025 11:20:00	N	Jueves

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 ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
5:0	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 vehícular
- ○ 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 ennucleación
- ○ 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

JORGE AUGUSTO CALLE PARRA, EL 27/02/2025, EN EL CENTRO DE TRABAJO:SENA CALATRAVA ITAGÜÍ, MANIFIESTA QUE ESTANDO EN COMPAÑÍA DEL AUXILIAR IZAEL, ESTABA TRASLADANDO 1 ROLLO DESDE LA BODEGA HASTA EL ALMACÉN. CADA ROLLO TIENE UN PESO DE APROXIMADAMENTE 50 KG Y DEBÍA COLOCARSE EN ESTANTERÍAS METÁLICAS DE APROXIMADAMENTE 2.20 METROS E ALTURA. DURANTE LA MANIOBRA, EL AUXILIAR SANTIAGO SE ENCONTRABA EN LA PARTE SUPERIOR PARA RECIBIR EL ROLLO, MIENTRAS QUE EL AUXILIAR JORGE CALLE ESTABA UBICADO AL LADO IZQUIERDO DE LA TELA A NIVEL DE PISO. AL MOMENTO DE ELEVAR EL ROLLO DE FORMA VERTICAL, EL AUXILIAR JORGE EN COMPAÑÍA DEL AUXILIAR IZAEL HICIERON UN ESFUERZO CONJUNTO PARA IMPÚLSALO HACIA ARRIBA. SIN EMBARGO, EL ROLLO SE DESLIZO INESPERADAMENTE. EN UN INTENTO POR EVITAR QUE CAYERA, EL AUXILIAR JORGE INDICA QUE COLOCO SUS MANOS, PERO EL ROLLO IMPACTO SU MANO IZQUIERDA, CAUSÁNDOLE DOLOR, HINCHAZÓN Y DIFICULTAD PARA MOVILIZAR LA MANO.

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? ◉ Si ○ No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	SANTIAGO GOMEZ GIRALDO		
Cargo	OPERARIO DE MANTENIMIENTO	◉ CC ○ TI ○ CE ○ NU ○ PA	1007448804
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	HERNANDEZ BEDOYA YURANY ANDREA	◉ CC ○ TI ○ CE ○ NU ○ PA	1000397207
Cargo	COORDINADORA SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
01-03-2025 11:37:29
01-03-2025 11:37:29
RECIBIDO

Fecha Impresión 04-03-2025 12:15:03

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NINGUNA EPS	000	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: NINGUNA AFP — Código AFP: 000

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE BASURAS, ENVÍO DE CORRESPONDENCIA, RECEPCIÓN SERVICIOS CONEXOS A FIN DE FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES LAS UNIDADES CLASIFICADAS EN ESTA CLASE PROPORCIONAN PERSONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS ACTIVIDADES DE APOYO, PERO NO PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LOS CLIENTES NI SON RESPONSABLES DE ELLAS INCLUYE CONSERJES

Nombre o razón social: ASEAR SA ESP

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 811044253

Dirección	Teléfono	Fax
CR 51 C # 12 B SUR - 66	3207528100	3222278

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
COORDINACIONSST@ASEARESP.COM	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) 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: 2811001

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE

Dirección	Teléfono	Fax
CL 51 57-70		

Departamento	Municipio	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ( ) Planta (•) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
RUIZ	RODRIGUEZ	EIDE ELENA

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	43580130	28121972	( ) M (•) F

Dirección	Teléfono	Fax
	3506661792	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
ANTIOQUIA	SANTAFE DE ANTIOQUIA	(•) U ( ) R	OPERARIO DE ASEO Y

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS, HOTELES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS	2:23

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
05122024	1423500	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
26022025 08:00:00	S	Miércoles

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 ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	ANTIOQUIA	SANTAFE DE ANTIOQUIA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
2:15	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 vehícular
- ( ) 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 ennucleación
- ( ) 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

CAÍDAS A NIVEL (RESBALÓN O TROPIEZO QUE CAUSA CAÍDA)...

Descripción del accidente

LA SEÑORA ES AUXILIAR DE ASEO EN EL SENA DE SANTA FE DE ANTIOQUIA, TERMINANDO DE ORGANIZAR UNAS OFICINAS SE DIRIJE AL PATIO PARA LAVAR LA TRAPERA, CUANDO COMIENZA A BAJAR LAS ESCALAS ELLA MISMA NO HACE UN APOYO ADECUADO DEL PIE (NO RESBALA NI TROPIEZA CON LA SUPERFICIE) ELLA MISMA SE ENRREDA EN EL PASO QUE DA, LO QUE OCASIONA QUE PIERDA EL EQUILIBRIO Y CAIGA, COMO CONSECUENCIA SE TUERCE EL TOBILLO DEL PIE IZQUIERDO.

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: PATERNINA AMAYA DEISY LEANY — (+) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA — 1020400623

Cargo: COORDINADORA SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
27-02-2025 20:42:47
27-02-2025 20:42:47
RECIBIDO

Fecha Impresión 04-03-2025 12:14:53

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PROTECCION — Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE BASURAS, ENVÍO DE CORRESPONDENCIA, RECEPCIÓN SERVICIOS CONEXOS A FIN DE FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES LAS UNIDADES CLASIFICADAS EN ESTA CLASE PROPORCIONAN PERSONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS ACTIVIDADES DE APOYO, PERO NO PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LOS CLIENTES NI SON RESPONSABLES DE ELLAS INCLUYE CONSERJES

Nombre o razón social: ASEAR SA ESP

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 811044253

Dirección	Teléfono	Fax
CR 51 C # 12 B SUR - 66	3207528100	3222278

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
COORDINACIONSST@ASEARESP.COM	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) 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: 2811001

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE

Dirección	Teléfono	Fax
CL 51 57-70	3222278	

Departamento	Municipio	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ( ) Planta (•) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
BEDOYA	MONTOYA	HEYNER ANDRES

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1000762879	25082003	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 78 A CL 45SUR 152 (INTERIOR 330)	3004855000	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R	OPERARIO DE MANTENIMEINTO

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS, HOTELES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS	4:27

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
09092024	1423500	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
03022025 00:00:00	N	Lunes

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 ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
0:0	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 vehícular
- ○ 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 ennucleación
- ○ 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

DOLOR PROFUNDO EN LA ZONA LUMBAR

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

SOBREESFUERZO MUSCULAR ASOCIADO A MINIPULACIÓN DE CARGAS...

Descripción del accidente

HEYNER ANDRES BEDOYA MONTOYA, EL DÍA LUNES 3 DE FEBRERO DE 2025, EN EL CENTRO DE TRABAJO: SENA CALATRAVA, SE ENCONTRABA REALIZANDO EL TRASLADO DE UNAS PLAQUETAS DE UN LUGAR A OTRO --- CADA PLAQUETA TIENE UN PESO DE 74 KILOGRAMOS, MIDE: 1,25 MTS DE ANCHO POR 2,44 MTS DE LARGO, LAS CUALES SON TRANSPORTADAS ENTRE SEIS PERSONAS, REPARTIENDO EL PESO DE LA SIGUIENTE MANERA: 1 PERSONA EN CADA ESQUINA Y LAS OTRAS DOS EN LA MITAD DE LA PLAQUETA, LA ACTIVIDAD SE REALIZA EN INTERVALOS DE TIEMPO: DE 9:00 AM A 12:00 PM Y DE 1:30 PM A 3:00 PM EN ESE HORARIO DE TRABAJO SE REALIZARON PAUSAS ACTIVAS --- EL SR. HEINER DURANTE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MANIFIESTA QUE NO PRESENTA ALGUNA MOLESTIA NI MALESTAR Y TERMINA SU JORNADA NORMAL, NO SE EVIDENCIA SUCESO REPENTINO QUE HAYA OCASIONADO LA LESIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD. EL DOLOR EN LA ESPALDA SE PRESENTA AL DÍA SIGUIENTE 04 DE FEBRERO CUANDO EL DESPIERTA, POR LO TANTO, INFORMA A LA SUPERVISOR Y ASISTE AL CENTRO MEDICO.

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: HERNANDEZ BEDOYA YURANY — ◉ CC ○ TI ○ CE ○ NU ○ PA — 1000397207

Cargo: COORDINADORA SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
06-02-2025 16:01:21
06-02-2025 16:01:21
RECIBIDO

Fecha Impresión 04-03-2025 12:13:55

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
SURA EPS	010	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE BASURAS, ENVÍO DE CORRESPONDENCIA, RECEPCIÓN SERVICIOS CONEXOS A FIN DE FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTALACIONES LAS UNIDADES CLASIFICADAS EN ESTA CLASE PROPORCIONAN PERSONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS ACTIVIDADES DE APOYO, PERO NO PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LOS CLIENTES NI SON RESPONSABLES DE ELLAS INCLUYE CONSERJES

Nombre o razón social: ASEAR SA ESP

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 811044253

Dirección	Teléfono	Fax
CR 51 C # 12 B SUR - 66	3207528100	3222278

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
COORDINACIONSST@ASEARESP.COM	ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) 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: 2811001

ACTIVIDADES COMBINADAS DE APOYO A INSTALACIONES, INCLUYE SERVICIOS DE APOYO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE, LIMPIEZA GENERAL DE INTERIORES, MANTENIMIENTO, ELIMINACIÓN DE

Dirección	Teléfono	Fax
CL 51 57-70	3222278	

Departamento	Municipio	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLIN	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: ( ) Planta (•) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
GOMEZ	GIRALDO	SANTIAGO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1007448804	12121997	( ) M (•) F

Dirección	Teléfono	Fax
VEREDA EL AJIZAL	60040000	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
ANTIOQUIA	ITAGUI	(•) U ( ) R	OPERARIO DE MANTENIMEINTO

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
BARRENDEROS Y AFINES	4:17

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
19092024	1423500	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
03022025 10:10:00	S	Lunes

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 ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	ANTIOQUIA	ITAGUI	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
2:40	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 vehícular
( ) 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 ennucleación
(●) 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

EL SEÑOR ES OPERARIO DE MANTENIMIENTO, SE ENCONTRABA REALIZANDO EL TRASLADO DE UNAS LAMINAS CON LA AYUDA DE OTROS COMPAÑEROS, LAS LAMINAS ESTABAN UNAS SOBRE OTRAS, SE ENCONTRABA DESCARGANDO LAS LAMINAS DE UN VEHÍCULO, CUANDO ESTAS POR EL MISMO MOVIMIENTO DE SUS COMPAÑEROS OCASIONO QUE EN UN MOMENTO SU MANO IZQUIERDA SE GOLPEARA ENTRE EL CARRO Y LAS LAMINAS, ESTO LE OCASIONA HERIDA EN DEDO MEDIO DE LA MANO IZQUIERDA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? (●) Si ( ) No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	MISAEL ECHAVARRIA TABERA		
Cargo	OPERARIO DE MANTENIMIENTO	(●) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	71699604
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	PATERNINA AMAYA DEISY LEANY	(●) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1020400623
Cargo	COORDINADORA SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
05-02-2025 23:20:28
05-02-2025 23:20:28
RECIBIDO

Fecha Impresión 04-03-2025 12:13:42