



No. Radicado: 11EE2023907611100014082
Fecha: 2023-08-10 07:47:28 am
Desde 1983

Remitente: DEMADERAS LTDA

Destinatario Sede: D. T. VALLE DEL CAUCA

Depen: INSPECCIÓN BUGA

Anexos: 0 Folios: 2



Guadalajara de Buga, agosto 09 de 2023

Señores:
Oficina de trabajo Guadalajara de Buga

Cordial saludo.

La presente es para informarles sobre el presunto accidente de trabajo del señor José Franklin Aparicio Londoño identificado con cc 14.893.191.

DESCRIPCION DEL PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO

El día 08 de agosto del año en curso, el trabajador se encontraba realizando su labor habitual, y al estar bajando unas laminas de triplex de una altura aproximada de 1.10 mts tuvo un traspies cayendo al piso fracturándose el Radio y Cubito de la mano izquierda.

La presente para los fines que estimen conveniente.

Martín Alberto Vargas Castaño.
Coordinador de SST

Tel.: 602 2371303 - 602 2374400
Cel.: 314 811 7185

Calle 4 N° 20 - 115 Avenida El Milagroso
Guadalajara de Buga - Valle

 www.demaderas.com

EPS a la que está afiliado NUEVA EPS S.A.	Código EPS 037	ARL a la que está afiliado ARL SURA	Código ARL 40
AFP a la que está afiliado NINGUNA AFP	Código AFP 000		

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral Empleado Contratante Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica
FABRICACIÓN DE PARTES Y PIEZAS DE MADERA, DE CARPINTERÍA Y EBANISTERÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN, INCLUYE FABRICACIÓN, MONTAJE, INSTALACIÓN DE PRODUCTOS DE MADERA UTILIZADOS PRINCIPALMENTE EN LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN, COMO TABLEROS, ARMARIOS EMPOTRADOS Y ARTICULOS QUE FORMEN PARTE DE LA ESTRUCTURA, INSTALACIÓN DE PARTES O PIEZAS DE CARPINTERÍA

Nombre o razón social
DEMADERAS LTDA

Tipo de identificación NI CC CE NU PA Número 891903394

Dirección CL 4 # 20 - 115 Teléfono 3148117185 Fax

Correo electrónico CONTACTO@DEMADERAS.COM Departamento VALLE DEL CAUCA Municipio BUGA Zona 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 5163001
FABRICACIÓN DE PARTES Y PIEZAS DE MADERA, DE CARPINTERÍA Y EBANISTERÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN, INCLUYE FABRICACIÓN, MONTAJE, INSTALACIÓN DE PRODUCTOS DE MADERA UTILIZADOS PRINCIPALMENTE

Dirección CL 4 # 20 - 115 BRR LA MERCED Teléfono 2274524 Fax

Departamento VALLE DEL CAUCA Municipio BUGA Zona U R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación Planta Misión Cooperado Estudiante o aprendiz Independiente Código

Primer apellido APARICIO Segundo apellido LONDOÑO Nombres JOSE FRANKLIN

Tipo de identificación NI CC CE NU PA Número 14893191 Fecha de nacimiento 10061970 Sexo M F

Dirección CL 4 # 20 - 115 Teléfono 3182838501 Fax

Departamento VALLE DEL CAUCA Municipio BUGA Zona U R Cargo OPERARIO

Ocupación habitual SIN INFORMACIÓN Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente 47:8

Fecha de ingreso a la empresa 01092019 Salario u honorarios (mensual) 1160000 Jornada de trabajo habitual Diurna Nocturna Mixto Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente 08082023 16:30:00 Estaba dentro de la empresa? S Día de la semana en el que ocurrió el accidente Martes

Jornada en que sucedió Normal Extra ¿Estaba realizando su labor habitual? Si No ¿Cuál?

¿Causó la muerte al trabajador? Si No Departamento del accidente VALLE DEL CAUCA Municipio del accidente BUGA Zona donde ocurrió el accidente U R

Total tiempo laborado previo al accidente 3:0 Tipo de accidente Violencia Tránsito Deportivo Recreativo o cultural Propios del trabajo

ARL SURA S.A.

Reporte de presunto accidente de trabajo

Página 1 de 2

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

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
- CAIDAS A DISTINTO NIVEL

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL, AL ESTAR BAJANDO UNAS LAMINAS DE TRIPLEX A UNA ALTURA APROXIMADA DE 1.10 MTS, TUVO UN TRASPIES CAYENDO AL PISO FRACTURÁNDOSE EL CUBITO Y EL RADIO DE LA MANO IZQUIERDA.

Personas que presenciaron el accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente?

Si No

Apellidos y nombres	MARCO ANTONIO CARDENAS LOZARAZO	Documento de identidad	No.
Cargo	OPERARIO	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA	14892910
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Documento de identidad No. CC TI CE NU PA 14887450

Apellidos y nombres VARGAS CASTAÑO MARTIN ALBERTO
Cargo COORDINADOR DE SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA



Fecha Impresión 09-08-2023 15:26:39