POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL
Bogotá 3307000
Resto del pais 01 8000 111170
Desde su Celular #533

Fecha de reporte : 30/11/2021 Estado : Procesado
Fecha de impresión : 30/11/2021
Número de radicación : 5535621
Id Accidente de Trabajo : -
Id del Siniestro : -

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - | **EPS** FAMISANAR E.P.S.

AFP PORVENIR S.A. | **ARL** POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento	Tipo de Doc	Nombre o razon social	Tipo de vinculación
900065413	N	FUNDACION CHAMINADE	Contratante

Dirección sede principal	Dirección reportada
CRA 4 C 52 A 69 SUR	

Actividad económica (Sede principal)	Código
EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILI	1853201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
5674496	0	fundacionchaminade2009@gmail	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	CRA 4 C 52 A 69 SUR

Actividad económica del centro de trabajo	Código
EMPRESAS DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO INCLUYE ACTIVIDADES SOCIALES DE ASESORAMIENTO, BIENESTAR, ALBERGUE, ORIENTACION Y ACTIVIDADES SIMILARES PRESTADAS A PERSONAS Y FAMILI	1853201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
5674496	0		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
52832983	C	26/05/1981	F	(1) Dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
REDONDO	SALGADO	LUZ	MARGARITA

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
CLL 48 Q BIS NO 1-53	MARGARITAREDONDOSA26@	3017761439	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urban	10/02/2017	908.526	(1) Diurna

Ocupación	Código
COCINERO PRINCIPAL	1333

III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente	Hora del accidente	Dia de la semana	Jornada en que sucede	Realiza su labor
30/11/2021	09:15	Martes	(1) Normal	(1) Si

Ocupación no habitual	Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT
SIN INFORMACION	02:15	(1) Dentro de la empresa

Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
(1) Caida de personas	(55) Golpe o Contusión	(2) Areas de produccion	(5) Propios del trabajo

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
(3) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, medula espinal	(5) Ambiente de trabajo(incluye superficies de transito y d

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana	(2)No	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

EL TRABAJADOR ESTABA EN SU HORARIO LABORAL, ESTABA SACANDO UNA BANDEJA PARA UN SERVIDO DE ALIMENTACIÓN AL SACAR LA BANDEJA SE ENCONTRÓ CON UNA SILLA ATRÁS, SE APOYO EN LA SILLA , LA SILLA SE CORRIÓ Y ELLA SE CAE GENERANDO GOLPE E LA COLA, CON DOLOR EN ZONA LUMBAR Y CADERA . CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS

Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

Testigos 1 BRIYITH CENDALES		**Tipo Doc** C	**N° Doc** 1033805565
Testigos 2		**Tipo Doc**	**N° Doc**
Responsable LEIDY PATIÑO	**Firma**	**Tipo Doc** C	**N° Doc** 53008016

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