SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

FORMATO: VERSIÓN TRABAJADOR Y/O TESTIGOS

DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR AFECTADO (A)	FECHA DE TESTIMONIO	13/11/2024
	FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE	25/10/2024

NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO
DAVID ARMANDO BECERRA TORRES	1052405184	TECNICO OPERATIVO

VERSION DEL TRABAJADOR:

¿Qué, cómo, cuándo y donde sucedió?

Jugando futbol en los juegos nacionales de la superintendencia siendo el dia viernes 25 de octubre del 2024 me dan un pase largo y estiro la pierna derecha para recibir el balón cuando recibo el balon lo bajo y le pego en ese momento senti una especie de punzon en el muslo derecho imposibiliandome caminar normalmente o correr en este caso lo cual me impide continuar con el partido, el lugar fue en la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellin.

¿Por qué sucedió?

Sucedió porque estire la pierna y baje el balón

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

Pues tenia que suceder por que no me esforce solo estire la pierna y me lesione

Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:

No fue sobreesfuerzo ya que me preparo bien fisicamente para poder manterme activo en los deportes mas el futbol.

POR FAVOR FIRMAR ESTE DOCUMENTO Y ENVIARLO ESCANEADO AL CORREO

HUELLA

FIRMA:

INFORMACIÓN DE TESTIMONIOS

Hubo personas que presenciaron el accidente?	SI	En caso de ser afirmativo, diligencia la siguiente información:

Testigo N.°1

NOMBRES Y APELLIDOS: MAGDY CAROLINA ABRIL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053664100

CARGO: PROFESIONAL GRADO 10

FECHA DEL ACCIDENTE O INCIDENTE:	25/10/2024	FECHA DEL TESTIMONIO:	13/11/2024

VERSION DEL TESTIGO:

¿Qué, cómo, cuándo y donde sucedió?

EL VIERNES 25 DE OCTUBRE DE 2024 DIA MI COMPAÑERO DE TRABAJO DAVID BECERRA TENIA PARTIDO DE FUTBOL Y COMO YO TAMBIEN ESTABA EN LA UNIVERSIDAD PORQUE JUGABA VOLEYBOL, DECIDI PASAR A MIRAR EL PARTIDO DE FUTBOL ANTES DE MI ENCUENTRO DEPORTIVO, ÉL ESTABA JUGANDO Y EN UN PASE QUE LE HICIERON EXTENDIO LA PIERNA PARA DETENER EL BALON Y SEGUIDO LE PEGO AL BALON, EN ESA MANIOBRA SE CAYO, ESTANDO EN EL PISO EN ESE MOMENTO SE QUEJO Y MANIFESTO MUCHO DOLOR, EL PARTIDO CONTINUO, EL QUEDO A UN LADO DE LA CANCHA Y UNA DE LAS PERSONAS QUE HACIAN EL CALENTAMIENTO SE ACERCO A REVISARLO. ESTO SUCEDIO EN LA UNIVERISDAD BOLIVARIANA EN MEDELLIN DONDE SE ESTABAN DESARROLLANDO LOS JUEGOS NACIONALES DE LA SNR

¿Por qué sucedió?

POR QUE ESTABA JUGANDO FUTBOL Y SIEMPRE HAY RIESGO CUANDO SE PRACTICA ALGUN DEPORTE

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

NO SE, COMO DEPORTISTAS SIEMPRE REALIZAMOS CALENTAMIENTOS Y ESTIRAMIENTOS PERO NO ESTAMOS EXENTOS DE SUFRIR ALGUN ALESION

Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:

HUELLA

FIRMA:

Testigo N.°2

NOMBRES Y APELLIDOS:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CARGO:

FECHA DEL ACCIDENTE O INCIDENTE:		FECHA DEL TESTIMONIO:	

VERSION DEL TESTIGO:

¿Qué, cómo, cuándo y donde sucedió?

¿Por qué sucedió?

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:

HUELLA

FIRMA:

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DAVID ARMANDO BECERRA T. mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma en este documento, con pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud y teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 "la historia clínica es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la presente ley", declaro que he recibido toda la información e ilustración pertinente y que he tenido ocasión de preguntar así como de resolver en forma completa y satisfactoria, todas mis inquietudes con respecto al acceso o suministro de copia de la Historia Clínica Ocupacional y sus documentos anexos (exámenes paraclínicos paraclínicas o ayudas diagnósticas, registros fotográficos y fílmicos etc.) que hacen parte de la misma.

Por lo anterior, autorizo a la Superintendencia de Notariado y Registro y/o médico(a) especialista en seguridad y salud en el trabajo, designado como médico laboral de la entidad para que tenga acceso o se le suministre copia de la historia clínica ocupacional y los documentos anexos, e informe al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la SNR, al equipo Investigador de la enfermedad y a la Administradora de Riesgos Laborales, a la cual me encuentro afiliado, sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas o agravadas con la exposición a agentes de riesgo laborales, con el fin de que sean intervenidos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído, entendido y explicado en su integridad, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido libre de toda coacción.

Fecha: *(diligencie la fecha en que se firma el consentimiento)*	13/11/2024
Firma: *(firma del trabajador o contratista)*	
Cédula: *(No. de cédula de ciudadanía del trabajador o contratista)*	1.052.405.184

Nota: "Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Superintendencia de Notariado y Registro no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013."