POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6

Linea segura ARL
Bogotá 3307000
Resto del país 01 8000 111170
Desde su Celular #533

Fecha de reporte: 16/07/2025 3:59:06 p. m.
Fecha de impresión: 16/07/2025 4:23:51 p. m.
Número de radicación: ENT20250000821791
Id Accidente de Trabajo: 11085

Id del Siniestro: 503391535

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva	**EPS** FAMISANAR E.P.S.
AFP PORVENIR S.A.	**ARL** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento	Tipo de Doc	Nombre o razon social	Tipo de vinculación
860524015	NI	FUNDACION PEPASO	Independiente

Dirección sede principal	Dirección reportada
KR 11B ES 43A 54 SUR	

Actividad económica (Sede principal)	Código
ACTIVIDADES DE OTROS SERVICIOS DE COMIDAS, INCLUYE CATERING INDUSTRIAL, LA PROVISION DE SERVICIOS DE COMIDAS PARA UN PERIODO DE TIEMPO ESPECIFICO, OPERACION DE CONCESIONES DE ALIMENTACION EN INSTALACIONES DEPORTIVAS Y SIMILARES, LOS SERVICIOS DE ALIMENTACION ESCOLAR, MEDIANTE LA PREPARACION Y DISTRIBUCION DE COMIDAS IN SITU (EN EL LUGAR DONDE VAN A CONSUMIRSE) OPERACION DE CASINOS O CAFETERIAS Y COMEDORES UNIVERSITARIOS AL IGUAL QUE DE CASINOS Y COMEDORES PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS RESTAURANTES A BORDO DE BUQUES DE PASAJEROS Y SERVICIO DE COCHE COMEDOR	3562901

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4672162		fundacionpepaso@gmail.com	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano

Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?	Dirección del centro de trabajo
Si	KR 11B ES 43A 54 SUR

Actividad económica del centro de trabajo	Código
ACTIVIDADES DE OTROS SERVICIOS DE COMIDAS, INCLUYE CATERING INDUSTRIAL, LA PROVISION DE SERVICIOS DE COMIDAS PARA UN PERIODO DE TIEMPO ESPECIFICO, OPERACION DE CONCESIONES DE ALIMENTACION EN INSTALACIONES DEPORTIVAS Y SIMILARES, LOS SERVICIOS DE ALIMENTACION ESCOLAR, MEDIANTE LA PREPARACION Y DISTRIBUCION DE COMIDAS IN SITU (EN EL LUGAR DONDE VAN A CONSUMIRSE) OPERACION DE CASINOS O CAFETERIAS Y COMEDORES UNIVERSITARIOS AL IGUAL QUE DE CASINOS Y COMEDORES PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS RESTAURANTES A BORDO DE BUQUES DE PASAJEROS Y SERVICIO DE COCHE COMEDOR	3562901

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4672162		fundacionpepaso@gmail.com	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación
1070622694	CC	02/11/1997	Femenino	Independiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BARRERO	MANRIQUE	ANGIE	YULIETH

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
Cr 11 b este # 43 A 54 Sur	BARREROJULIETH0@GMAIL.COM	3202277508	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	16/01/2025	1423500	Diurno

Ocupación	Código
SECRETARIA TRANSCRIPCION	

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
16/07/2025	12:00	Miercoles	Normal	Si

Ocupación no habitual	Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT
	300 Minutos	Dentro de la empresa

Mecanimos o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
OTROS	TRAUMA SUPERFICIAL (INCLUYE PUNCIÓN O PINCHAZO Y LESIÓN EN OJO POR CUERPO EXTRAÑO) (50)	ÁREAS DE PRODUCCIÓN	PROPIOS DEL TRABAJO

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
OJO (112)*	AMBIENTE DE TRABAJO (INCLUYE SUPERFICIES DE TRÁNSITO Y DE TRABAJO, MUEBLES, TEJADOS, EN EL EXTERIOR, INTERIOR O SUBTERRANEOS)

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha Mortal
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	No	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

LA TRABAJADORA SE ENCONTRABA REALIZANDO PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN UNA DE LAS PUERTAS DEL

CUANDO DE REPENTE ESTA SACUDE LA ESCOBA Y SIENTE QUE LE CAE UNA ESQUIRLA NO IDENTIFICADA EN EL OJO DE
PROCEDE A ECHARSE AGUA FRÍA Y LIMPIA EN LA ZONA AFECTADA, PERO AL CONTINUAR CON EL MALESTAR EN EL OJO TO
DECISIÓN DE IR A LA DROGUERÍA A COMPRAR UNAS GOTAS (NEOMICINA SULTAFO 3,5 ML), SE LAS APLICA EN EL OJO DERE
PRESENTA PICAZÓN, ARDOR, ENROJECIMIENTO Y ES POR ESE MOTIVO LA TRABAJADORA REALIZA EL REPORTE A LA PE
ENCARGADA DE SST CARGO: OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES DIRECCIÓN: DIAGONAL 75 B SUR # 75 L -07 BARRIO S
VIVIANA LOCALIDAD CIUDAD BOLIVAR.

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono
ALBA YOLIMA VELASQUE	PEPASOSEMILLITASDEAMOR.JI@GMAIL.COM	3102886616

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

BLANCA JEANNETHE TAPIAS ROJAS	CC	52634260

Responsable	Firma		Tipo Doc	No Documento
ALBA YOLIMA VELASQUEZ RODRIGUEZ			CC	52752099

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