POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS / ARP

POSITIVA S.A.
Compañía de Seguros / ARP

FORMATO
INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
Resolución 1401 de 2007

Proceso: Promoción y Prevención

Código: VP-RE-SAT-02
Versión: 2
Fecha: 2009/05

Página 1 de ___

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE [X] ACCIDENTE DE TRABAJO [ ] Leve [X] Grave [ ] Mortal [ ]

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	DIRECCIÓN
17/07/2025	Bogotá		Bogotá		Dg 75 D sur No 75-L07

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: De 10:20 A 12:27

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: Alba Yolima Velasquez Rodriguez

Fotografías [X] Videos [ ] Datos de audio [ ] Radiografías [ ] Diagramas [ ] Otros [ ]

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: [ ] 1. Empleador [ ] 2. Contratante [ ] 3. Cooperativa

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	CÓDIGO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC CE NU PA TI — No. — DIRECCIÓN PRINCIPAL

TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR	ZONA
							Urbana / Rural

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO		NOMBRE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CÓDIGO
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal?	[ ] SI [ ] NO. Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo	Jardin Infantil Semillitas de Amor	

TELÉFONO	FAX	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	ZONA
		Dg 75 D sur No 75 L 07	[X] Urbana [ ] Rural

DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE

TIPO DE VINCULACIÓN: [ ] 1. Afiliado [ ] 2. Beneficiario [ ] 3. Cotizante [ ] 4. Cotizante a pensión [ ] 5. Independiente

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC	1070622262694	Barrero	Manrique	Angie	Julieth

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO AFP	ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARP
02/11/1997	M [X] F [ ]	Famisanar		Porvenir		Positiva	

DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO
Bogotá		Bogotá	

TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR	DIRECCIÓN	ZONA
3108657937		barreraj.julieth@gmail.com		Urbana / Rural

CARGO	OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	TIEMPO EN LA OCUPACIÓN	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
Auxiliar Servicios Generales	Servicios Generales		21/01/2025	5 Meses	

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	SALARIO U HONORARIOS (Mensual)	FIRMA AL MOMENTO DEL TRABAJADOR	EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS
Diurna [X] Nocturna [ ] Mixta [ ]	$ 2 396 996		SI [ ] NO [ ] ¿Dónde?

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE OCURRENCIA	HORA DE OCURRENCIA	JORNADA
16/07/2025	11:00	Normal [X] Cambio [ ]

DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE EL EVENTO: L [ ] M [ ] W [X] J [ ] V [ ] S [ ] D [ ]

¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique en la respuesta su labor habitual)? SI [X] NO [ ] barriendo la puerta Principal

CÓDIGO:

TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción o especifique): [ ] Violencia [ ] Tránsito [ ] Deportivo [ ] Recreativo o cultural [X] Propios del trabajo

Especifique:

DEPARTAMENTO	COD.	MUNICIPIO	COD.	ZONA	TIEMPO LABORADO ANTES DEL INCIDENTE O AT	IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO
				Urbana / Rural	Horas: Minutos:	

LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE:
[ ] Dentro de la empresa
[ ] Fuera de la empresa
[ ] Otra empresa

¿EN CUÁLES DE LOS SIGUIENTES LUGARES OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE?
[ ] 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 (¿Cuál?) _____

Especifique:

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

¿HABÍA OCURRIDO EVENTOS SIMILARES ANTERIORMENTE? SI [ ] NO [ ] — NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON EL INCIDENTE O ACCIDENTE:

¿SE HABÍA PRESENTADO EL INCIDENTE O AT EN EL ÁREA DE TRABAJO? SI [ ] NO [ ]

¿EL EVENTO SIMILAR FUE INVESTIGADO?	¿SE HABÍA CONSIDERADO ESTA CONDICIÓN COMO PELIGROSA EN EL PANORAMA DE RIESGOS?	¿EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO EN OTROS AT O INCIDENTES ANTERIORES?	¿SE CUENTA CON PANORAMA DE RIESGOS ACTUALIZADO?
SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

Describa en forma detallada cómo ocurrió el accidente:

La trabajadora se encontraba realizando Procesos de limpieza y desinfeccion en una de las Puertas de la entrada del jardin de repente siente de la escoba y siente que le cae un esquirla no identificado en el ojo derecho procediendo a echarse agua fria y limpia en la zona afectada, pero al continuar con el molestar en el ojo derecho de manera autonoma sin ayuda ir a la droguería que queda al lado del jardin compro unas gotas (Neomicina, sulfato 3,5 MU) aplicandoselas en el ojo afectado bajo su responsabilidad, continuo con el dolor y la molestia y ahi toma la decisión de reportarle a la responsable del Servicio y se Procedió a realizar activación de Pozizo en Pro del bienestar de la trabajadora.

Powered by CamScanner

VI. DESCRIPCION DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencie solo las variables que aplican para el caso investigado)

AGENTE | MATERIAL | MARCA | MODELO | REFERENCIA

PESO | TAMAÑO | VELOCIDAD | TIEMPO DE USO | MANTENIMIENTO | HA SIDO REPARADO

EXPLOSIVOS NOMBRE | CANTIDAD | GASES | CANTIDAD | TEMPERATURA | SUSTANCIA | CANTIDAD | VOLTAJE ELECTRICO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP? X ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? X

VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)

VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO GLT. (Páginas 4,5 y 6)

No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIGO
1	TIPO DE LESIÓN		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE		
4	AGENTE DEL ACCIDENTE		

ANÁLISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación ANEXO 3 GTC 3701 páginas 7 y 8)

DESCRIPCIÓN CAUSAS BÁSICAS		DESCRIPCIÓN CAUSAS INMEDIATAS	
FACTORES PERSONALES		ACTOS SUBESTANDAR	
	CÓDIGO		CÓDIGO
	CÓDIGO		CÓDIGO
FACTORES DEL TRABAJO		CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR	
	CÓDIGO		CÓDIGO
	CÓDIGO		CÓDIGO

VIII. DESCRIPCION DEL INCIDENTE O AT POR PARTE DEL TRABAJADOR Y/O TESTIGOS IMPORTANTES

POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO NO. 1 PARA TESTIMONIOS SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR

Teniendo Presente el incidente Presentado se realiza un dialogo reflexivo sobre la importancia de informar de inmediato cualquier accidente o incidente por más sencillo que este parezca y no tomar decisiones como auto medicar u otras acciones que afecten más la lesión.

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR TIPO DE DOCUMENTO CC No. 52752049	Nora Yolima Velasquez Rodriguez	Responsable del Servicio.	
ENCARGADO DEL P.S.O. TIPO DE DOCUMENTO CC No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA TIPO DE DOCUMENTO CC No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS TIPO DE DOCUMENTO CC No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN TIPO DE DOCUMENTO CC No. 52 WGO5 09	Luz Magali Ochillos Reyes	profesional Atencion primera infancia	

Diligenciar sólo cuando interviene un representante de la ARP en la investigación

REPRESENTANTE DE LA ARP	NOMBRES Y APELLIDOS	LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC No.		No. ARO	

Powered by CamScanner

IX. ESPECIALISTA (Si requiere para accidentes graves y mortales, opcional para accidentes leves y leves)

NOMBRE Y APELLIDOS	LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
	No. ... AÑO	

Observaciones del especialista:

X. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO O EL TRABAJADOR

	No.	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	F	M	D	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN
SOBRE CAUSAS BÁSICAS		Controles Personales					
		Controles Factores Personales					
		Controles Factores Trabajo					
		Controles Factores Trabajo					
		Controles Factores Trabajo					
SOBRE CAUSAS INMEDIATAS		Controles Condiciones Subestándares					
		Controles Actos Subestándares					
		Controles Actos Subestándares					
		Controles Actos Subestándares					
		Controles Actos Subestándares					

XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARP — FECHA DE REMISIÓN ... No. YEL-FR

REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC			

FECHA DE ADMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA ARP AL EMPLEADOR	FECHA DE REMISIÓN DE INFORME DE LA ARP A DIR. TERRITORIAL MIN. PROTECCIÓN SOCIAL	RESPONSABLE DE REMISIÓN POR PARTE DE LA ARP A DIRECCIÓN TERRITORIAL DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL	CARGO

XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC			

No. ...

¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI NO

Observaciones

FECHA DE VERIFICACIÓN

XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARP

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN ARP	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC			

No. ...

¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI NO

Observaciones y recomendaciones ARP:

FECHA DE VERIFICACIÓN

Powered by CamScanner

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Resolución No. 1401 de 2007 Ministerio de la Protección Social

Libertad y Orden

ANEXO No.1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios) | FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE | FECHA DE TESTIMONIO

TESTIMONIOS SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	APELLIDOS	CARGO
No. 52634260	Blanca Jeanneth	Tapias Rojas	Servicios Generales

¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?

El 16 de julio de 2025 Miercoles los colaboradores Blanca Tapias y Angie Barrero realizaban labores de limpieza y desinfección cuando Angie Barrero levanto la escoba para sacudirla y lo sintio Blanca Tapia estaba presente, refiriendo que Angie refiere que le cayó un mugre en el ojo

¿Por qué sucedió?

Estaban realizando acciones de limpieza y desinfección en la parte exterior del jardín barriendo y lavando la puerta cuando decidio escurrir la escoba a lo alto y ahí cuando le cayo el mugre en el ojo.

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

Se hubiera podido prevenir realizando Procesos de autocuidado como no alzar la escoba, sino sacudiendola en el Piso, evitaria este tipo de incidentes.

Considera importante aclarar o adicionar lo siguiente:

FIRMA: CC 52634260

ANEXO No.1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios) | FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE | FECHA DE TESTIMONIO

DESCRIPCION DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	APELLIDOS	CARGO
No.			

¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?

¿Por qué sucedió?

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

Considera importante aclarar o adicionar lo siguiente:

FIRMA: _____

Powered by CamScanner