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: 30/01/2026 5:09:21 p. m.
Fecha de impresión: 30/01/2026 5:23:19 p. m.
Número de radicación: ENT20260000191614
Id Accidente de Trabajo: 111221

Id del Siniestro: 503454136

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva	**EPS** COMFAMILIAR HUILA
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
830067892	NI	INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA	Dependiente

Dirección sede principal	Dirección reportada
CLL 12 NO 2-38	

Actividad económica (Sede principal)	Código
ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE MUSEOS, CONSERVACION DE EDIFICIOS Y SITIOS HISTORICOS, INCLUYE LA PRESERVACION Y RESTAURACION DE LUGARES Y EDIFICIOS HISTORICOS	5910201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4440544		jestrada@ICANH.GOV.CO	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	CLL 12 NO 2-38

Actividad económica del centro de trabajo	Código
ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO DE MUSEOS, CONSERVACION DE EDIFICIOS Y SITIOS HISTORICOS, INCLUYE LA PRESERVACION Y RESTAURACION DE LUGARES Y EDIFICIOS HISTORICOS	5910201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
4440544		jestrada@ICANH.GOV.CO	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
1084250124	CC	30/11/1985	Masculino	Dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PABON	CORREA	ALEXANDER	

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
CRA 6 N 32-12	ICANH@GOV.CO	3142313428	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
MAGDALENA	SANTA MARTA	Urbano	09/01/2026	1750905	Diurno

Ocupación	Código
OBRERO	

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
29/01/2026	15:00	Jueves	Normal	Si

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

Mecanimos o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
OTROS	OTRO (99)	OTRAS ÁREAS COMUNES	PROPIOS DEL TRABAJO

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
OJO (112)*	AGENTES NO CLASIFICADOS (7)

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha Mortal
HUILA	ISNOS	Rural	No	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Sacando filo a herramienta manual con un esmeril y usando los EPP de proteccion visual, ingresa cuerpo extraño en el ojo izquierdo generando molestia.

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono
ANGEL GALINDEZ	idolos@icanh.gov.co	3142924692

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Responsable	Firma	Tipo Doc	No Documento
JAVIER ENRIQUE ESTRADA QUINTERO		CC	72161627

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

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS / ARL

POSITIVA S.A.
Compañía de Seguros / ARL
-Gestión Documental-

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

Proceso
Promoción y Prevención

Código: **VP-RE-IIAT-02**
Versión: **2**
Fecha: **2009/09**

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

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

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN	DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO	DIRECCIÓN
02/02/2026	CUNDINAMARCA		BOGOTA		CALLE 12 No2-36

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN
DE 10:00 A.M. [X] A 11:30 A.M. [X]	ROBERT ROJAS

MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)	¿Cuáles?
Fotografías [X] Videos [ ] Cintas de Audio [ ] Ilustraciones [ ] Diagramas [ ] Otros [ ]	

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: [ ] (1) Empleador [X] (2) Contratante [ ] (3) Cooperativa

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	CÓDIGO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
EMPRESA DEDICADA A ACTIVIDADES DE MUSEOS Y PRESERVACION DE LUGARES Y EDIFICIOS HISTORICOS		INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN PRINCIPAL
NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No. 830678922-2	CALLE 12 No 2-38

TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO	CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR	ZONA
6014440544	N/A	CUNDINAMARCA		BOGOTA		contactenos@ICANH.GOV.CO	[X] 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 [X] No	Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo	

TELÉFONO	FAX	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	ZONA
3142924692	N/A	PARQUE ARQUEOLÓGICO ALTO DE LOS ÍDOLOS	[ ] Urbana [X] Rural

DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO
HUILA		ISNOS	

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

TIPO DE VINCULACIÓN: [ ] (1) Planta [ ] (2) Misión [ ] (3) Cooperado [ ] (4) Estudiante o Aprendiz [ ] (5) Independiente

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] No. 1084250124	PABON	CORREA	ALEXANDER	

FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO EPS	AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO AFP	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO ARL
30/11/1985	M [X] F [ ]	SANITAS SAS	0005	PORVENIR	23030 1	POSITIVA	

DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO
HUILA		ISNOS	

TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR	DIRECCIÓN	ZONA
3142313428	N/A	pabona857@gmail.com	ISNOS	[ ] Urbana [X] Rural

CARGO	OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	TIEMPO EN LA OCUPACIÓN	ANTIGUEDAD EN EL CARGO
OBRERO VIGILANTE	OBRERO VIGILANTE		D D M M A A A A	Años Meses	Años Meses

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	SALARIO U HONORARIOS (Mensual)	FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR	EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS
(1) Diurno [X] (2) Nocturno [ ] (3) Mixto [ ] (4) Turnos [ ]		D D M M A A A A	Si [X] No [ ] ¿Por qué?

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE OCURRENCIA	HORA DE OCURRENCIA	JORNADA
29/12/2026	0-23HRS. 15:00	(1) Normal [X] (2) Extra [ ]

DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)	CÓDIGO
LU MA MI [X] JU VI SA DO	Si [X] No [ ] Especifique	

TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)	Especifique:
[1] Violencia [2] Tránsito [3] Deportivo [4] Recreativo o cultural [X] Propios del trabajo	Alistamiento de herramienta de poda

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	COD.	ZONA	TIEMPO LABORADO PREVIO INCIDENTE O AT		IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO
ISNOS		HUILA		[ ] Urbana [X] Rural	Horas: 7	Minutos: 00	

LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE	SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE			Especifique
[X] Dentro de la empresa [ ] Fuera de la empresa [ ] Otra empresa	[1] Almacenes o depósitos [2] Áreas de producción [3] Áreas recreativas o deportivas [4] Corredores o pasillos	[5] Escaleras [6] Parqueaderos o áreas de circulación vehicular [7] Oficinas	[8] Otras áreas comunes [X] Otro (¿Cuál?) TALLER	AREA DEL ESMERIL

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

¿HABÍAN OCURRIDO EVENTOS SIMILARES ANTERIORMENTE?	NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE O ACCIDENTE
Si [ ] No [X]	0
¿SE HAN PRESENTADO OTROS INCIDENTES O AT EN EL ÁREA DE TRABAJO? Si [ ] No [X]	

¿EL EVENTO SIMILAR FUE INVESTIGADO?	¿SE HABÍA CONSIDERADO ESTA CONDICIÓN COMO PRIORITARIA 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 [X] No [ ]	Si [ ] No [X]	Si [X] No [ ]

Describa en forma detallada cómo ocurrió el accidente

Sacando filo a herramienta manual con un esmeril y usando los EPP de protección visual, ingresa cuerpo extraño en el ojo izquierdo generando molestia.

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

AGENTE	MATERIAL	MARCA	MODELO	REFERENCIA
Herramienta manual no accionada mecánicamente	Metal			

PESO	TAMAÑO Especificar unidad de medida	VELOCIDAD	TIEMPO DE USO	MANTENIMIENTO	HA SIDO REPARADO
UNIDAD DE MEDIDA	ALTURA ANCHO VOLUMEN PROFUNDIDAD	Unidad de medida	Años Meses	FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO D D M M A A A A	Si No

EXPLOSIVOS NOMBRE	CANTIDAD	GASES	CANTIDAD	TEMPERATURA	SUSTANCIA	CANTIDAD	VOLTAJE ELECTRICO
	UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA

DETALLES ADICIONALES:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP? X No ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? Si X No

OBSERVACIONES:

En el momento de esmerilar la herramienta de corte, tenía puestas las gafas de protección pero no la careta que protege el rostro que se debe utilizar al momento de esmerilar.

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

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

No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1	TIPO DE LESIÓN	Traumatismo superficial- Cuerpo extraño en ojo	
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	Ojo izquierdo	12
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE	Golpe por objeto móvil	34
4	AGENTE DEL ACCIDENTE	Herramienta manual	362

ANÁLISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación NTC 3701 páginas 7 y 8)

DESCRIPCIÓN CAUSAS BÁSICAS		DESCRIPCIÓN CAUSAS INMEDIATAS	
FACTORES PERSONALES		ACTOS SUBESTANDAR	
Sin clasificación por datos insuficientes	CÓDIGO 999	Omitir el uso de EPP Disponible	CÓDIGO 100
	CÓDIGO		CÓDIGO
FACTORES DEL TRABAJO		CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR	
Comunicación inadecuada de las normas de esmerilado, reforzando con afiche	CÓDIGO 509	Indeterminada información insuficiente	CÓDIGO 990
	CÓDIGO		CÓDIGO

VIII. DESCRIPCIÓN 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

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR TIPO DE DOCUMENTO CC X TI CE NU PA No. 1216832626	ANGEL MARIA GALINDEZ	ADMINISTRADOR	
ENCARGADO DEL P.S.O. TIPO DE DOCUMENTO CC X TI CE NU PA No. 79373252	ROBERT ROJAS	PROFESIONAL SST	
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No.	JAVIER ESTRADA	COPASST	
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No.			
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No.			

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

REPRESENTANTE DE LA ARL	NOMBRES Y APELLIDOS	LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No.		No. AÑO	

ANÁLISIS ESPECIALIZADO (Es obligatorio para accidentes mortales y graves, opcional para accidentes leves e incidentes)

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	NOMBRE y APELLIDOS	LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.		No. AÑO	

EMPRESA QUE REPRESENTA (cuando es un proveedor contratado por la empresa)

Observaciones del especialista:

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

	TIPO	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	F	M	T	RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN	FECHA IMPLEMENTACIÓN
SOBRE CAUSAS INMEDIATAS	☐ Correctiva ☐ Preventiva X	Elaborar poster para manejo del esmeril, envío a todos los parques		x		ROBERT ROJAS	15 03 2026 DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva X	Se revisara o realizará instructivo para manejo del esmeril	X			ROBERT ROJAS	30 03 2026 DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
SOBRE CAUSAS BÁSICAS	☐ Correctiva ☐ Preventiva	Divulgación a todos los parques del instructivo revisado		X			30 04 2026 DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO

XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL

FECHA DE REMISIÓN D D M M A A A A | No. FOLIOS

REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APLELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐			

FECHA DE REMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA ARL AL EMPLEADOR	FECHA DE REMISIÓN DE INFORME DE LA ARL A DIR. TERRITORIAL MIN. TRABAJO	RESPONSABLE DE REMISIÓN POR PARTE DE LA ARL A DIRECCIÓN TERRITORIAL DE MIN. TRABAJO	CARGO
D D M M A A A A	D D M M A A A A		

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

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.			

¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI ☐ NO ☐

Observaciones:

FECHA DE VERIFICACIÓN D D M M A A A A

XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN ARL	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ TI ☐ CE ☐ NU ☐ PA ☐ No.			

¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI ☐ NO ☐

Observaciones y recomendaciones ARL:

FECHA DE VERIFICACIÓN D D M M A A A A