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: 28/02/2026 1:00:00 p. m.
Fecha de impresión: 28/02/2026 1:03:34 p. m.
Número de radicación: ENT20260000426747
Id Accidente de Trabajo: 124372

Id del Siniestro: 503463699

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva	**EPS** COMFACUNDI
AFP COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS	**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
899999061	NI	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO	Independiente

Dirección sede principal	Dirección reportada
CL 20 68A 06	

Actividad económica (Sede principal)	Código
ACTIVIDADES DE SEGURIDAD PRIVADA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE VEHICULOS BLINDADOS, TRANSPORTE DE VALORES, SERVICIOS DE ESCOLTA, DETECTIVES DE ALMACENES Y PRIVADOS.	5801001

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3822500		ENOC.RUEDA@GOVIERNOBOGOTA.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	CL 20 68A 06

Actividad económica del centro de trabajo	Código
ACTIVIDADES DE SEGURIDAD PRIVADA, INCLUYE LOS SERVICIOS DE VEHICULOS BLINDADOS, TRANSPORTE DE VALORES, SERVICIOS DE ESCOLTA, DETECTIVES DE ALMACENES Y PRIVADOS.	5801001

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3822500		ENOC.RUEDA@GOVIERNOBOGOTA.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
52757803	CC	04/01/1964	Femenino	Independiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RAMIREZ	CASTRO	LEYDY	DIDIANA

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
KR 82 A 71 A 40 SUR	DI_DIANARAMIREZ@HOTMAIL.COM	3105758902	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	03/05/2025	1423500	Mixto

Ocupación	Código
AUXILIAR	

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
27/02/2026	11:50	Viernes	Normal	Si

Ocupación no habitual	Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT
	290 Minutos	Fuera de la empresa

Mecanimos o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO, O FALSO MOVIMIENTO	TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LASCERACIÓN DE MUSCULO O TENDON SIN HERIDA (25)	PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	PROPIOS DEL TRABAJO

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
PIES (556)*	AMBIENTE DE TRABAJO (INCLUYE SUPERFICIES DE TRÁNSITO Y DE TRABAJO, MUEBLES, TEJADOS, EN EL EXTERIOR, INTERIOR O SUBTERRANEOS) (5)

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

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

3t el equipo de espacio publico se trasladaron a las 11+50 a un operativo de punto critico en el momento que llegaron este procedia a bajarse del vehiculo y al apoyar el pie en el piso se le dobla el pie izquiero y le genera inflamacion dolor y le imposibilita apoyar el pie en el piso cargo defensor del espacio publico telefono 3105758902

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

CC	80895160	MARCO ANTONIO GARCIA TRIANA	LIDER DE ESPACIO PUBLICO

Responsable	Firma		Tipo Doc	No Documento
LEYDY DIDIANA RAMIREZ CASTRO			CC	52757803

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