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: 16/03/2026 5:31:44 p. m.
Fecha de impresión: 16/03/2026 5:49:49 p. m.
Número de radicación: ENT20260000498455
Id Accidente de Trabajo: 131998

Id del Siniestro: 503469113

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
900065413	NI	FUNDACION CHAMINADE	Independiente

Dirección sede principal	Dirección reportada
DG 53 SUR 2 G 03	

Actividad económica (Sede principal)	Código
EDUCACION PREESCOLAR INCLUYE EDUCACION PREESCOLAR	2851201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
7358892		fundacionchaminade2009@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	DG 53 SUR 2 G 03

Actividad económica del centro de trabajo	Código
EDUCACION PREESCOLAR INCLUYE EDUCACION PREESCOLAR	2851201

Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
7358892		fundacionchaminade2009@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
1033683307	CC	21/11/1986	Femenino	Independiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALEZ	HERNANDEZ	ADRIANA	CAROLINA

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
DG 53 SUR 2 G 03	ADRICARGON@HOTMAIL.COM	3106493232	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	27/01/2026	1750905	Diurno

Ocupación	Código
CONTRATISTA	

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
13/03/2026	13:00	Viernes	Normal	Si

Ocupación no habitual	Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT
	360 Minutos	Dentro 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)	OTRO	PROPIOS DEL TRABAJO

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
UBICACIONES MÚLTIPLES (6)*	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

La trabajadora se encontraba en la rutina de cambio de pañal y descanso de los niños cuando, al alzar un bebé para subirlo al cambio de pañal , sintió un dolor muscular en la espalda. Puso al bebé en la cuna y no pudo ponerse derecha; se le dificultó dar el paso y presentó un dolor en las caderas y la espalda. Cargo: Profesora de Primera Infancia Dirección: Diagonal 50B Sur 5B 27.

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono
NELLY VARGAS	JARDINPORTAL2023@GMAIL.COM	3053636077

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Responsable	Firma		Tipo Doc	No Documento
ADRIANA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ			CC	1033683307

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