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: 4/04/2026 1:25:11 p. m.
Fecha de impresión: 4/04/2026 1:44:42 p. m.
Número de radicación: ENT20260000570886
Id Accidente de Trabajo: 139428

Id del Siniestro: 503474610

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva	**EPS** NUEVA E.P.S S.A.
AFP SIN AFP (PENSIONADOS O NO OBLIGADOS A COTIZAR PENS	**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
12142743	CC	19/02/1967	Masculino	Dependiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ANACONA	ZUÑIGA	FLORENCIO	

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
CALLE 12 # 2 - 46		5619600	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	20/04/2012	1750905	Diurno

Ocupación	Código
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y AFINES	

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
03/04/2026	13:00	Viernes	Extra	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	OTRO (99)	OTRO	PROPIOS DEL TRABAJO

Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente
HOMBRO	AGENTES NO CLASIFICADOS (7)

Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha Mortal
HUILA	SAN AGUSTIN	Rural	No	

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Estaba realizando junto a un compañero actividades de limpieza de maleza, después de una tormenta, en el área de la fuente del lavapatas del parque Sanagustín, cerca de terminar la jornada empezó a sentir limitación para mover el brazo izquierdo, sintiendo dolor en el hombro que se fue incrementando con el tiempo por lo que procedió a reportar y acudir al hospital para valoración.

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono
JAVIER ESTRADA	jestrada@icanh.gov.co	5731024712

Hubo personas que presenciaron el accidente? Si

CC	12265042	ALBERTO ANACONA ORTEGA	Obrero Vigilante

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
10/04/2026	CUNDINAMARCA		BOGOTA		CALLE 12 B No2-37

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN
DE 09:00 A.M. [X] A 10:30 A.M. [X]	ROBERT ROJAS

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

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
57 315 6325539	N/A	PARQUE ARQUEOLÓGICO SAN AGUSTIN	[ ] Urbana [X] Rural

DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO
HUILA		SAN AGUSTIN	

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

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] — No. 1214274 3	ANACONA	ZUÑIGA	FLORENCIO	

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
19/02/1967	M [ ] F [X]	NUEVA EPS	037	COLPENSIONES	25-14	POSITIVA	14-33

DEPARTAMENTO	CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO
HUILA		SAN AGUSTIN	

TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR	DIRECCIÓN	ZONA
3204054441	N/A	lolozuniga52@gmail.com	SAN AGUSTIN	[ ] 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
30/04/2026	0-23HRS 13:00	(1) Normal [ ] (2) Extra [X]

DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)	CÓDIGO
LU MA MI JU [X] 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	Limpieza manual de maleza en condiciones posteriores a una tormenta

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	COD.	ZONA	TIEMPO LABORADO PREVIO INCIDENTE O AT		IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO
HUILA		SAN AGUSTIN		[ ] Urbana [X] Rural	Horas: 6	Minutos: 00	E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito

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?)	Fuente de lavapatas

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

¿HABÍAN OCURRIDO EVENTOS SIMILARES ANTERIORMENTE? Si [ ] No [X]
NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE O ACCIDENTE: 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

Estaba realizando junto a un compañero actividades de limpieza de maleza, después de una tormenta, en el área de la fuente del lavapatas del parque Sanagustín, cerca de terminar la jornada empezó a sentir limitación para mover el brazo izquierdo, sintiendo dolor en el hombro que se fue incrementando con el tiempo por lo que procedió a reportar y acudir al hospital para valoración.

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

AGENTE	MATERIAL	MARCA	MODELO	REFERENCIA
Maleza	Producto vegetal			

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: Labor de limpieza y retiro de maleza, dejada por la tormenta, de diferentes tamaños y pesos

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 ejecutar la labor de limpieza y retiro de maleza, dejada por la tormenta, se encontraba usando sus elementos de protección personal.

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	Conmociones y traumatismos internos (N852-N855,N860-N869, N958)	852
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	Hombro Izquierdo	41
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE	Esfuerzos físicos excesivos al manejar o lanzar objetos	53
4	AGENTE DEL ACCIDENTE	Otros agentes no clasificados bajo otros epígrafes	69

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

DESCRIPCIÓN CAUSAS BÁSICAS	DESCRIPCIÓN CAUSAS INMEDIATAS
FACTORES PERSONALES Operación esporádica — CÓDIGO 503	ACTOS SUBESTANDAR Lanzar material, cargarlo o pasarlo — CÓDIGO 508
Fatiga debida a la carga — CÓDIGO 302	CÓDIGO
FACTORES DEL TRABAJO Preocupación deficiente en cuanto a los factores humanos/ergonómicos — CÓDIGO 109	CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR Riesgos naturales (riesgos de terrenos irregulares e inestables, exposición a elementos, animales salvajes, etc., encontradas en operaciones a campo abierto) — CÓDIGO 640
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. 49359811	ISIDRO ORTEGA TORO	ADMINISTRADOR	
ENCARGADO DEL P.S.O. TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No. 79373252	ROBERT ROJAS	PROFESIONAL SST	
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No. 72161627	JAVIER ESTRADA	COPASST	
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS TIPO DE DOCUMENTO CC TI CE NU PA No. 1218035 8	UBER JAVIER DELGADO	APOYO ADMINISTRADOR DE PARQUE	
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	Charla referente a sobreesfuerzo			X	ROBERT ROJAS	15 06 2026 DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva X						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
	☐ Correctiva ☐ Preventiva						DIA MES AÑO
SOBRE CAUSAS BÁSICAS	☐ Correctiva ☐ Preventiva	Charla referente a manejo manual de cargas		X			15 06 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

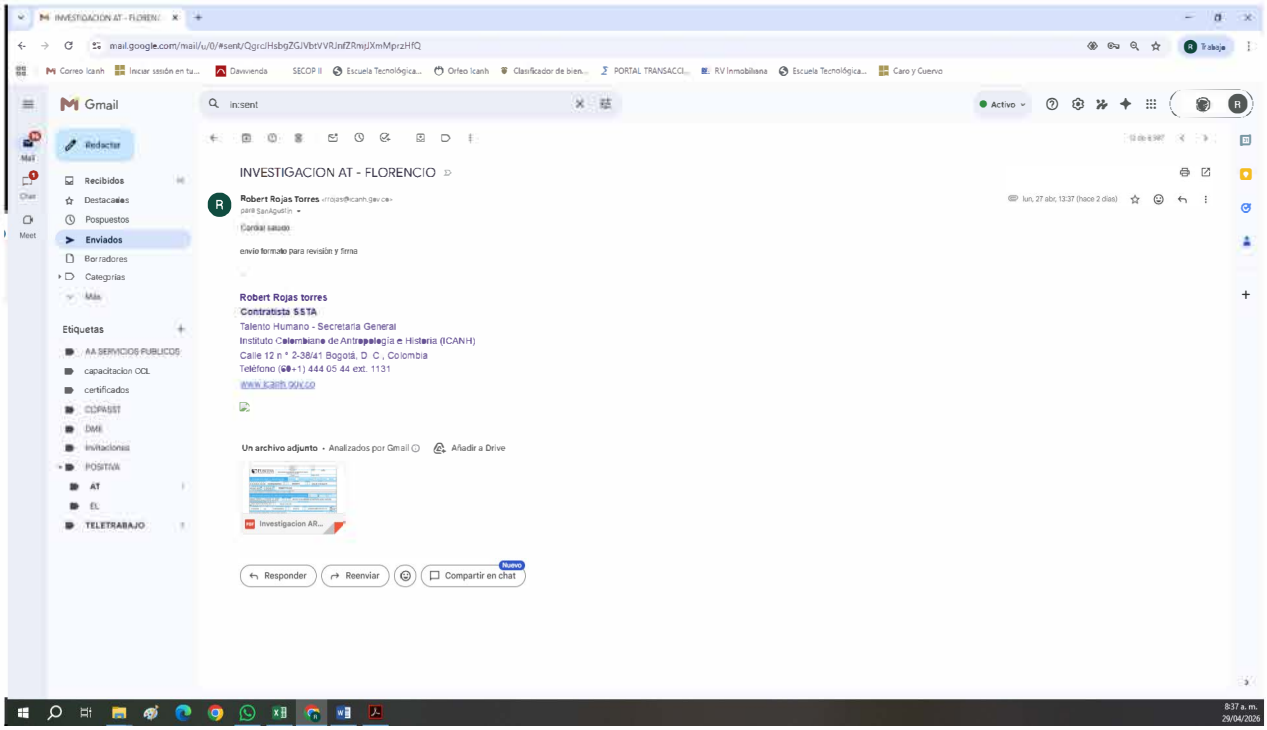
XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL

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


INVESTIGACION AT - FLORENCIO
Robert Rojas Torres
Cordial saludo
envio formato para revisión y firma
Robert Rojas torres
Contratista SSTA
Talento Humano - Secretaria General
Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH)
Calle 12 n ° 2-38/41 Bogotá, D C , Colombia
Teléfono (+1) 444 05 44 ext. 1131
www.icanh.gov.co
Un archivo adjunto
Añadir a Drive
Responder
Reenviar
Compartir en chat