230003
Bogotá D.C.

SEÑORES
FUNDACION CHAMINADE
900065413
DG 53 SUR 2 G 03
BOGOTA D.C., BOGOTA D.C.

ASUNTO: Objeción Radicación de Aviso Accidente de trabajo Nro. 178546
Trabajador: CC 1033807341, HEIDY JOHANA CADAVID GONZALEZ.
Fecha Evento:03/07/2026

Una vez efectuada la solicitud de aviso de accidente de trabajo, el día 2026/07/03, de manera atenta informamos que no es posible realizar la creación del siniestro por la siguiente razón:

Cordialmente,

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Proyectó : Gerencia Médica
Elaboró: Gerencia Médica

EUSalud

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

800227072

CARRERA 78 # 3 A 40- Tel. -4320870

CÓDIGO DE HABILITACIÓN 110010822203

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[PrincAfil]

Fecha: 03/07/26
Hora: 15:16:58
Página: 1

109830

Nombre : HEIDY JOHANA CADAVID GONZALEZ
Empresa : COMPAÑIA DE SEGUROS ARP POSITIVA
Ocupación : TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Pabellon : TRANSITO
CC 1033807341

Fecha de expedición		
Día	Mes	Año
3	7	2026

Tipo de Incapacidad : INCAPACIDAD
Fecha Inicial : 03/07/2026 Fecha Final : 09/07/2026 Días De Incapacidad O Licencia : 7 SIETE
Historia Clínica 1033807341
Causa que Motiva la Atención : ACCIDENTE DE TRABAJO
Tipo de Tratamiento: Ambulatorio
Grupo de Servicios : Quirúrgico
Modalidad Prestación del Servicio: Intramural
Diagnóstico Principal : S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO
Diagnóstico Relacionado :
Presunto Origen de la Incapacidad : INCAPACIDAD
Expedida En : TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA - TRANSITO
Prórroga : NO
Empresa Donde Trabaja :

BRYAN GIOVANNY FORERO ALFONSO
Documento. CC 1015450040
Reg. 1015450040
MEDICO GENERAL

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

03/07/2026 15:16:58 *** ORIGINAL ***

EUSalud

EUSALUD
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
800227072
CARRERA 78 # 3 A 40- Tel. -4320870
CÓDIGO DE HABILITACIÓN 110010822203
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RincAfil]

Fecha: 03/07/26
Hora: 15:16:58
Página: 1

109830

Nombre : HEIDY JOHANA CADAVID GONZALEZ
Empresa : COMPAÑIA DE SEGUROS ARP POSITIVA
Ocupación : TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Pabellon : TRANSITO
CC 1033807341

Fecha de expedición		
Día	Mes	Año
3	7	2026

Tipo de Incapacidad : INCAPACIDAD
Fecha Inicial : 03/07/2026 Fecha Final : 09/07/2026 Días De Incapacidad O Licencia : 7 SIETE
Historia Clínica 1033807341
Causa que Motiva la Atención : ACCIDENTE DE TRABAJO
Tipo de Tratamiento: Ambulatorio
Grupo de Servicios : Quirúrgico
Modalidad Prestación del Servicio: Intramural
Diagnóstico Principal : S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUNECA Y DE LA MANO
Diagnóstico Relacionado :
Presunto Origen de la Incapacidad : INCAPACIDAD
Expedida En : TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA - TRANSITO
Prórroga : NO
Empresa Donde Trabaja :

BRYAN GIOVANNY FORERO ALFONSO
Documento. CC 1015450040
Reg. 1015450040
MEDICO GENERAL

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

03/07/2026 15:16:58 *** COPIA ***

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: 3/07/2026 10:14:24 a. m.
Fecha de impresión: 3/07/2026 10:24:28 a. m.
Número de radicación: ENT20260001281390
Id Accidente de Trabajo: 178546

Id del Siniestro: 0

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Positiva	**EPS** COMPENSAR E.P.S
AFP PROTECCION S.A.	**ARL** POSITIVA COMPA¥IA 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
LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MULTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN SOBRE TODO EN LA LIMPIEZA DE INTERIOR, AUNQUE PUEDEN ABARCAR LA LIMPIEZA DE ZONAS EXTERIORES CONEXAS COMO VENTANAS O PASILLOS	2812101

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
LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MULTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN SOBRE TODO EN LA LIMPIEZA DE INTERIOR, AUNQUE PUEDEN ABARCAR LA LIMPIEZA DE ZONAS EXTERIORES CONEXAS COMO VENTANAS O PASILLOS	2812101

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
1033807341	CC	27/04/1998	Masculino	Independiente

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CADAVID	GONZALEZ	HEIDY	JOHANA

Dirección	Correo electrónico	Teléfono	Fax
DG 53 SUR 2 G 03	PIZARROJUAN606@GMAIL.COM	3132389615	

Departamento	Municipio	Zona	Fecha ingreso a la empresa	Salario Mensual	Jornada habitual
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbano	26/01/2026	2077396	Diurno

Ocupación	Código
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	

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
03/07/2026	09:50	Viernes	Normal	Si

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

Mecanimos o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente
CAÍDA DE PERSONAS	GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO (55)	ESCALERAS	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 DESPLAZÁNDOSE CUANDO SE RESBALÓ AL BAJAR POR LA ESCALERA, GOLPEÁND MANO Y BRAZO DERECHO, GENERANDO DOLOR. DEBIDO A LA PÉRDIDA DE ESTABILIDAD Y POSTERIOR CAÍDA AL MISMO CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES DIRECCION DG 51 SUR # 5 B 27

Datos del jefe inmediato

Nombres Completo	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

OBJ

Responsable	Firma		Tipo Doc	No Documento
NELLY VARGAS DAZA			CC	52442436

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