L6045223

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS a la que está Afiliado	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP a la que está Afiliado	Porvenir

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Còdigo de la actividad Económica de la Sede Principal	1823001	
Nombre de la actividad Económica de la Sede Principal	Organización de convenciones y eventos comerciales, incluye organización, promoción y/o gestión acontecimientos tales como exposiciones empresariales o comerciales, convenciones, conferencias y (Decreto 768 de 2022)	
Tipo de Vinculador Laboral		
Tipo de Identificación	**Nombre o Razón Social**	
N.I.T 830062192	FUNDACION AMIGOS DE JESUS Y MARIA	
Dirección	**Teléfono**	**Fax**
CRA 81B 15A 30	0000000	0000000
Correo Electrónico		
INFO@FUNDACIONAMIGOSDEJESUSYMARIA.ORG		
Departamento	**Municipio**	**Zona**
Bogota D. C.	BOGOTA, D.C.	Urbana

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: PRINCIPAL

Còdigo Actividad Económica	1823001	
Descripciòn Actividad Econòmica	Organización de convenciones y eventos comerciales, incluye organización, promoción y/o gestión acontecimientos tales como exposiciones empresariales o comerciales, convenciones, conferencias y (Decreto 768 de 2022)	
Dirección	**Teléfono**	**Fax**
CRA 81B 15A 30	0000000	0000000
Departamento	**Municipio**	**Zona**
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA D.C.	Urbana

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

Tipo de Vinculación		
Primer Apellido	**Segundo Apellido**	
ROMERO	CORREA	
Nombres		
KENDRY PAULETH		
Identificación	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo**
C.C. 1002032643	28/10/2002	F
Dirección Domicilio	**Teléfono Domicilio**	**Fax Domicilio**

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros**

Departamento	Ciudad	
DESCONOCIDO	CIUDAD DESCONOCIDA	
Zona	**Cargo**	
Urbana		
Ocupación Habitual	**Tiempo de Ocupación Habitual al Momento del Accidente**	
	0 Meses, 0 Dias	
Fecha de Ingreso a la Empresa	**Salario u Honorarios (mensual)**	**Jornada de Trabajo Habitual**
01/01/1900		Sin Definir

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

Departamento de Ocurrencia	Municipio de Ocurrencia	Zona
Bogota D. C.	BOGOTA, D.C.	Rural
Fecha y Hora del Accidente		
18/08/2026 3:20:00 PM		
Tiempo Laborado Antes del Accidente	**Jornada en la que Sucede**	
	Extra	
¿Estaba Realizando su Labor Habitual?	**Labor realizada**	
NO		
Tipo de Accidente		
Propios del trabajo		
El Accidente genero Muerte		
NO		
Lugar donde Ocurrio el accidente		
Dentro de la Empresa		
Sitio de Ocurrencia		
AREAS DE PRODUCCION		
Tipo de Lesión		
OTRO		
Parte del Cuerpo Aparentemente Afectada		
MIEMBROS INFERIORES		
Agente del Accidente		
AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies		
Mecanismo o Forma del Accidente		
CAIDA DE PERSONAS		

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Observaciones		
Personas que Presenciaron el Accidente		
Nombre	**Identificación**	**Cargo**
Persona Responsable del Informe		
Nombre	**Identificación**	**Cargo**
Fecha de Diligenciamiento del Informe del Accidente		
18/08/2026 3:40:17 PM		

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros**

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 8/18/2026 4:58:33 PM. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros**