



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL
Bogotá 3307000
Resto del país 01 8000 111170
Desde su Celular #533

Fecha de reporte : 18/11/2020
Fecha de impresión : 05/10/2022
Número de radicación : 202001001106900
Id Accidente de Trabajo : 367439646
Id del Siniestro : 377774654

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por Formulario Web - Empresa		EPS NUEVA EPS	
AFP PORVENIR		ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A./ARL	

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA					
No documento	Tipo de Doc	Nombre o razón social	Tipo de vinculación		
900788439	NI	GLOBAL SERVICES SAS	Empleador		
Dirección sede principal		Dirección reportada			
CALLE 103 C # 63-39					
Actividad económica (Sede principal)					Código
EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCIÓN Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES Y LOS C					3749101
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3114931366		Allison.rodriguez@integralservicio	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	Urbana
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?		Dirección del centro de trabajo			
SI		CALLE 103 C # 63-39			
Actividad económica del centro de trabajo					Código
EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCIÓN Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES Y LOS C					3749101
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona
3114931366			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	Urbana

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ					
No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación	
1114400514	CC	25/04/1992	M	(1) Planta	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
ROBLEDO	LONDOÑO	DAINER	JULIO		
Dirección		Correo electrónico	Teléfono	Fax	
BARRIO LAS DELICIAS ETAPA 2 MNA. I CASA 2			3176547773		
Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual
QUINDIO	ARMENIA	Urban	25/10/2020	1700000	(1) Diurna
Ocupación					Código
ERRADICADOR					9340

III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)					
Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede	Realiza su labor	
18/11/2020	15:15	Miércoles	(1) Normal	(1) Si	
Ocupación no habitual			Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT	
			09:15	(1) Dentro de la empresa	
Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio	Tipo de accidente		
(9) Otro(s): ACTIVACION DE	(50) Trauma superficial (incluye	(9) Otro(s): AREA DE ERRADI	(5) Propios del trabajo		
Parte del cuerpo afectada	Agente del accidente				
(112) Ojo	(41) explosivos				
Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal	
NARIÑO	TUMACO	Rural	(2) No		

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			
<p>EN LA VEREDA A Balsa, de Tumaco, siendo las 3:15 PM del día 18 de noviembre, el colaborador se encontraba en desplazamiento hacia el área vivac, donde externos activaron un campo minado e inician hostigamientos con tiros de fusil. El colaborador es aturdido por la explosión y al ingreso tierra en los ojos, se prestan primeros auxilios por el enfermero, y es extraído de manera inmediata para ser atendido por urgencias en el centro médico más cercano. Testigos</p>			

Datos del jefe inmediato			
Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono
Hubo personas que presenciaron el accidente? Si			
Testigos 1 WILMAR EFRAIN MARIN RAMIREZ	Tipo Doc CC	N° Doc 91486090	
Testigos 2 MIGUEL IMBACHI PAPAMIJA	Tipo Doc CC	N° Doc 10566925	
Responsable ENYI DANIELA MORENO	Firma	Tipo Doc CC	N° Doc 1022380518

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