

	<b>POSITIVA S.A.</b> Compañía de Seguros / ARL -Gestión Documental-						Código: <b>VP - RE - IIAT - 02</b>	
	<b>FORMATO</b> <b>INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO</b> (Resolución 1401 de 2007) Proceso Promoción y Prevención						Versión: <b>2</b>	
							Fecha: <b>2009/09</b>	
						Página <b>1</b> de <b>4</b>		

  

<b>I. INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN</b>				<b>INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b> <input checked="" type="checkbox"/>		LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input checked="" type="checkbox"/> MORTAL <input type="checkbox"/>	
<b>FECHA DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>MUNICIPIO</b>	
27 10 2022 <small>DÍA MES AÑO</small>		BOGOTA		1 1		CUNDINAMARCA	
				0 0 1		CALLE 55 N 71 - 64	
<b>HORA EN QUE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN</b>				<b>RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN</b>			
8 0 <input checked="" type="checkbox"/> AM <small>HH MM</small>				5 0 <input checked="" type="checkbox"/> AM <small>HH MM</small>			
				LISI PAOLA SUAREZ BONILLA			
<b>MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)</b>				<b>¿Cuáles?</b>			
Fotografías <input type="checkbox"/> Videos <input type="checkbox"/> Cintas de audio <input type="checkbox"/> Ilustraciones <input type="checkbox"/> Diagramas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							

  

<b>II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA</b>						<b>TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL</b>	
						(1) Empleado <input checked="" type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa <input type="checkbox"/>	
<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL</b>				<b>CÓDIGO</b>		<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b>	
Actividades de empresas de servicios temporales				7 8 2 0		Global Services S.A.S.	
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>		<b>NIT</b>		<b>CC</b>		<b>DIRECCIÓN PRINCIPAL</b>	
No.		9 0 0 7 8 8 4 3 9 - 6				CALLE 55 - 71.64	
<b>TELÉFONO</b>		<b>FAX</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>MUNICIPIO</b>	
3186716687				BOGOTA		BOGOTA D.C.	
				1 1		0 0 1	
<b>CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO</b>				<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO</b>			
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo <input checked="" type="checkbox"/> NO				Actividades de empresas de servicios temporales			
<b>TELÉFONO</b>		<b>FAX</b>		<b>DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO</b>		<b>ZONA</b>	
3186716687				BASE TUMACO NARIÑO		<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	
<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>MUNICIPIO</b>		<b>CÓDIGO</b>	
NARIÑO		5 2		TUMACO		8 3 5	

  

<b>III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE</b>						<b>TIPO DE VINCULACIÓN</b>	
						(1) Planta <input checked="" type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz <input type="checkbox"/> (5) Independiente <input type="checkbox"/>	
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CC</b>		<b>CE</b>		<b>UN</b>	
No.		1 0 0 7 1 9 8 2 5 0					
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>GENERO</b>		<b>EPS A LA QUE ESTA AFILIADO</b>		<b>CÓDIGO EPS</b>	
7 11 1985		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		NUEVA EPS		E P S 0 3 7	
<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>MUNICIPIO</b>		<b>CÓDIGO</b>	
ANTIOQUIA		0 5		NARIÑO		4 8 3	
<b>TELÉFONO</b>		<b>FAX</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR</b>		<b>DIRECCIÓN</b>	
3106270345				saray.ortiz@integralservicios.com.co		B/ LA PLAZUELA CRA 12 N 4 - 29	
<b>CARGO</b>		<b>OCUPACIÓN HABITUAL</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>FECHA DE INGRESO A EMPRESA</b>	
ERRADICADOR		ERRADICADOR		9 3 4 0		25 10 2020	
<b>JORNADA DE TRABAJO HABITUAL</b>		<b>SALARIO U HONORARIOS (mensual)</b>		<b>FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR</b>		<b>EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS</b>	
(1) Diurno <input checked="" type="checkbox"/> (2) Nocturno <input type="checkbox"/> (3) Mixto <input type="checkbox"/> (4) Turnos <input type="checkbox"/>		1,700,000		N/A		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

  

<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO</b>						<b>FECHA DE OCURRENCIA</b>		<b>HORA DE OCURRENCIA</b>		<b>JORNADA</b>	
						18 11 2020		0-23 HRS 16 59		(1) Normal <input checked="" type="checkbox"/> (2) Extra <input type="checkbox"/>	
<b>DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO</b>						<b>ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)</b>					
L M x J V S D						SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ERRADICACION DE CULTIVOS					
<b>TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)</b>						<b>Especifique</b>					
(1) Violencia <input type="checkbox"/> (2) Transito <input type="checkbox"/> (3) Deportivo <input type="checkbox"/> (4) Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> (5) Propios del trabajo <input checked="" type="checkbox"/>						ACTIVACION DE ARTEFACTO EXPLOSIVO					
<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>MUNICIPIO</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>ZONA</b>		<b>TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE</b>	
NARIÑO		5 2		TUMACO		8 3 5		<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		8:00 0	
<b>LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE</b>		<b>SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE</b>		<b>ESPECIFIQUE</b>		<b>AREA DE ERRADICACION MANUAL DE CULTIVOS ILICITOS</b>		<b>Numero de personas que presenciaron el incidente o accidente</b>		<b>0</b>	
<input type="checkbox"/> Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Fuera de la empresa <input type="checkbox"/> Otra empresa		1 Almacenes o depósitos 2 Áreas de producción 3 Áreas recreativas o productivas 4 Corredores o pasillos		5 Escaleras 6 Parquaderos o áreas de circulación vehicular 7 Oficinas		8 Otras áreas comunes X Otro (¿Cuál?)					

  

<b>V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO</b>						<b>¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente?</b>		<b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
						<b>¿Se han presentado otros incidentes o AT en el área de trabajo?</b>		<b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>¿El evento similar fue investigado?</b>		<b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		<b>¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el panorama de riesgos?</b>		<b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		<b>¿Se cuenta con panorama de factores de riesgos actualizado?</b>	

  

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:  
 EN LA VEREDA A BALSA, DE TUMACO, SIENDO LAS 4:59PM DEL DIA 18 DE NOVIEMBRE. EL COLABORADOR SE ENCONTRABA EN DESPLAZAMIENTO HACIA EL AREA VIVAC, DONDE EXTERNOS ACTIVARON UN CAMPO MINADO E INICIAN HOSTIGAMIENTOS CON TIROS DE FUSIL. EL COLABORADOR AL PARECER TIENE ESQUIRRLAS EN LOS OJOS (MAYOR AFECTACION OJO DERECHO) Y ES ATURDIDO POR LA EXPLOSION. SE PRESTAN PRIMEROS AUXILIOS POR EL ENFERMERO, Y ES EXTRADO DE MANERA INMEDIATA PARA SER ATENDIDO POR URGENCIAS EN EL CENTRO MEDICO MAS CERCANO

VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencie solo las variables que aplican para el caso investigado)															
AGENTE			MATERIAL			MARCA			MODELO			REFERENCIA			
41. EXPLOSIVOS			N/A			N/A			N/A			N/A			
PESO		TAMAÑO (Especificar unidad de medida)				VELOCIDAD			TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO		HA SIDO REPARADO?		
N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	altura	ancho	volumen	Profundidad	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	AÑOS	MESES	FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO	N/A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EXPLOSIVOS		NOMBRE		CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA		VOLTAGE ELÉCTRICO	
N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A
Detalles adicionales: ACTIVACIÓN CAMPO MINADO															
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP ? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
El grupo en general hacia uso de sus elementos de protección personal botas, guantes y gorra															
VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)															
VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO (OIT paginas 4, 5, y 6)															
No.	VARIABLE				DESCRIPCIÓN								CÓDIGO		
1	TIPO DE LESIÓN				Otros traumatismos, afectación auditiva								0 9 9		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA				1. Cabeza 13. Oreja								0 1 3		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE				Otras formas de accidente no clasificadas bajo otros epígrafes								0 9 1		
4	AGENTE DEL ACCIDENTE				Explosivos								0 4 1		
ANÁLISIS DE CAUSALIDAD ( Ver tabla de codificación GTC 3701 paginas 7 y 8 )															
DESCRIPCIÓN DE CAUSAS BÁSICAS								DESCRIPCIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS							
FACTORES PERSONALES								ACTOS SUBESTANDAR							
NINGUN FACTOR PERSONAL								NINGUN ACTO SUBESTANDAR							
CÓDIGO 0 9 9 8								CÓDIGO 0 9 9 8							
FACTORES DEL TRABAJO								CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR							
NINGUN FACTOR DEL TRABAJO								RUIDO EXCESIVO							
CÓDIGO 0 9 9 8								CÓDIGO 0 2 0 5							
OTROS RIESGOS ASOCIADOS CON LA PROPIEDAD U OPERACIONES DE EXTRAÑOS								CÓDIGO 0 6 3 0							
USO DE METODOS O PROCEDIMIENTOS DE POR SI PELIGROSOS								CÓDIGO 0 3 2 0							
OTROS RIESGOS PUBLICOS ( RIESGOS DE LUGARES PUBLICOS A LOS CUALES TAMBIEN ESTA EXPUESTO EL PUBLICO EN GENERAL)								CÓDIGO 0 7 8 0							
VIII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O AT POR PARTE DEL TRABAJADOR Y/O TESTIGOS IMPORTANTES															
POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO No. 1 PARA TESTIMONIO SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO															
IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR															
El grupo investigador determina que de acuerdo a las características de la actividad de erradicación manual los colaboradores se encuentran expuestos de forma permanente a cualquier situación repentina de riesgo publico por tal razon es importante tener en cuenta para reducir las posibles afectaciones tanto fisicas como psicológicas al equipo de trabajo y de los grupos GME, lo siguiente:															
1. Continuar con las charlas realizadas por el área de seguridad y salud en el trabajo donde se menciona la importancia de la identificación, evaluación y valoración de riesgos.															
2. Continuar con la atención a las indicaciones del protocolo interno, dadas por el comandante de la Policía Nacional que lidera el grupo.															
3. Continuar con el uso obligatorio de los Elementos de protección personal.															
4. Capacitar a los grupos GME haciendo énfasis en el cumplimiento de la disciplina donde se contempla el evitar confianza o acercamientos con la población civil o salir de la base de patrulla móvil															
JEFE INMEDIATO O SUPERIOR				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				WILMAR EFRAIN MARIN RAMIREZ				JEFE ZONAL							
No. 9 1 4 8 6 0 9 0															
ENCARGADO DEL P.S.O.				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				LISI PAOLA SUAREZ BONILLA				PROFESIONAL SST							
No. 5 2 8 5 7 8 6 4															
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				MICHELL DAYANA NIETO				ASISTENTE ADMINISTRATIVA							
No. 1 0 0 1 1 7 5 0 6 4															
BRIGADISTA DE EMERGENCIA				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				OSCAR AUGUSTO ASTROZ GARZON				ENFERMERO							
No. 3 2 7 3 4 9 3															
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				YURI ALEXANDRA HUERTAS AREVALO				AUXILIAR SST							
No. 5 3 0 4 9 7 1 6															
DILIGENCIAR SOLO CUANDO INTERVIENE UN PRESENTANTE DE LA ARP EN LA INVESTIGACIÓN															
REPRESENTANTE DE LA ARL				NOMBRE Y APELLIDO				LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>															
No.								No.				AÑO			

ANÁLISIS ESPECIALIZADO (Es obligatorio para accidentes mortales y graves, opcionales para accidentes leves e incidentes)																							
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL														NOMBRE Y APELLIDO		LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL		FIRMA					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>																							
No.	5	2	8	5	7	8	6	4								Lisi Paola Suarez Bonilla	No.	Resolución Res. 13816 de 27/10/2015					
EMPRESA QUE REPRESENTA (Cuando es un proveedor contratado por la empresa)																							
Observaciones del especialista: Es preciso solicitar a la policía nacional protocolos y procedimientos internos con fin de alinearlos a los procesos interno de Global Services para los grupos GME, así mismo solicitar apoyo para capacitación de las diferentes técnicas de reacción ante cualquier evento igual o similar al que se está investigando. El área de SST, GH y coordinaciones regionales deben garantizar la ejecución de capacitaciones, simulacros en riesgo publico y definir roles y responsabilidades de cada uno de los involucrado en el proceso de erradicación de los GME. En la revisión de versiones libres se evidencia presunta afectación psicológica de los involucrados en el evento por lo que es necesario diseñar e implementar un protocolo de intervención psicológico.																							
<b>X. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO, EL TRABAJADOR</b>																							
TIPO		MEDIDAS DE INTERVENCIÓN												F	M	T	RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN			FECHA DE IMPLEMENTACIÓN			
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Teniendo en cuenta que durante los traslados no se puede hablar se recomienda validar a través de un concepto técnico de la policia, si es posible de acuerdo a los protocolos internos de la policia nacional que el personal GME durante los recorridos deba hacer uso de la proteccion auditiva														X	Area de sst, gerencia GH			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Teniendo en cuenta que el canino antiexplosivos no dio señales o no identifico el artefacto se recomienda validar y solicitar a la policia nacional un concepto tecnico, donde nos informen si seria necesario una unidad de canino adicional del que ya se tiene en el procedimiento interno.												X			Area de sst, gerencia GH			2	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Capacitacion leccion aprendida riesgo publico a causa del evento y socializacion o reinduccion riesgo publico														X	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Simulacros riesgo publico a los diferentes GME														X	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Definir roles y responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo														X	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Diseño e implementación de un protocolo de intervencion psicologico y de acompañamiento individualizado de todo el personal expuesto al evento														X	Area de sst			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Aplicación de bateria de riesgo psicosocial a los diferentes grupos GME														X	Area de sst, gerencia GH			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Solicitar apoyo a la policia nacional o a la ARL para, realizar charlas preventivas sobre MAP (Mina anti persona), AEI (Artefacto explosivo improvisado) MUSE (Municipi3n explosiva sin explotar) MASE (Municipi3n activada sin explotar)														X	Area de sst, gerencia GH			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Realizar charlas con el fin de recordar las responsabilidades del trabajador con énfasis en autocuidado y disciplina														X	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<input type="checkbox"/> Correctiva <input checked="" type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/>	Dar alcance al procedimiento establecido para la tipificaci3n o calificaci3n de sintomas para determinar la extracci3n o no extracci3n de un colaborador.														X	Area de sst, coordinador regional y gerencia GH			1	12	2022	
																				DÍA	MES	AÑO	
<b>XI. REMISI3N DEL FORMATO DE INVESTIGACI3N A LA ARL</b>																	FECHA DE REMISI3N		1	11	2022	No. FOLIOS	
																			DÍA	MES	AÑO		
REPRESENTANTE LEGAL										NOMBRE Y APELLIDO										CARGO		FIRMA	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>																							
No. 8 0 1 7 0 7 8 7										OSCAR IVAN HURTADO										REPRESENTANTE LEGAL			
FECHA DE REMISI3N DE RECOMENDACIONES DE LA ARL AL EMPLEADOR										FECHA DE REMISI3N DEL INFORME DE LA ARL A DIRECCI3N TERRITORIAL DEL MIN. PROTECCI3N SOCIAL										RESPONSABLE DE REMISI3N POR PARTE DE LA ARL A DIRECCI3N TERRITORIAL DE MIN. PROTECCI3N SOCIAL		CARGO	
DÍA MES AÑO										DÍA MES AÑO													
<b>XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACI3N Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR</b>																							
RESPONSABLE DE VERIFICACI3N										NOMBRE Y APELLIDO										CARGO		FIRMA	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>																							
No. 5 2 8 5 7 8 6 4										LISI PAOLA SUAREZ BONILLA										PROFESIONAL SST			
FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCI3N? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																							
OBSERVACIONES:																							
<b>XIII. VERIFICACI3N Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL</b>																							
RESPONSABLE DE VERIFICACI3N										NOMBRE Y APELLIDO										CARGO		FIRMA	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>																							
No.																							
FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCI3N? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																							
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES A																							