

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

I. INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN			INCIDENTE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>		LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input checked="" type="checkbox"/> MORTAL <input type="checkbox"/>	
FECHA DE INVESTIGACIÓN		DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	DIRECCIÓN
20 10 2022 <small>DÍA MES AÑO</small>		BOGOTA	1 1	CUNDINAMARCA	0 0 1	CALLE 55 N 71 - 64
HORA EN QUE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN			RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN			
8 0 <input checked="" type="checkbox"/> AM <small>HH MM</small>			5 0 <input checked="" type="checkbox"/> AM <small>HH MM</small>			
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)			¿Cuáles?			
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"/>						

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA						TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL (1) Empleador <input checked="" type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL			CÓDIGO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
Actividades de empresas de servicios temporales			7 8 2 0		Global Services S.A.S.		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN PRINCIPAL				
No. 9 0 0 7 8 8 4 3 9 - 6		CALLE 55 - 71.64					
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO EMPLEADOR	ZONA
3186716687		BOGOTA	1 1	BOGOTA D.C.	0 0 1	saray.ortiz@integralservicios.com.co	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO			NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO		
¿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		7 8 2 0		
TELÉFONO	FAX	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO			ZONA		
3186716687		BASE TUMACO NARIÑO			<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO		
NARIÑO		5 2	TUMACO		8 3 5		

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE						TIPO DE VINCULACIÓN (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"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
No. 1 4 2 7 4 6 0 6		MENDIETA		CERVERA	ALEXANDER		
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
7 3 1980		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COOMEVA	E P S 0 1 6	COLPENSIONES	2 5 1 4	POSITIVA
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO		
ANTIOQUIA		0 5	NARIÑO		4 8 3		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR		DIRECCIÓN		ZONA	
3106270345		saray.ortiz@integralservicios.com.co		B/ DELICIAS 1 MD CASA 75		<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
CARGO		OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A EMPRESA	TIEMPO EN LA OCUPACIÓN	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
ERRADICADOR		ERRADICADOR	9 3 4 0	25 10 2020	AÑOS 0 0 MESES 0 2	AÑOS 0 0 MESES 0 2	
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			SALARIO U HONORARIOS (mensual)	FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR	EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS		
(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"/>		

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO						FECHA DE OCURRENCIA 18 11 2020 <small>DÍA MES AÑO</small>		HORA DE OCURRENCIA 0-23 HRS 16 59 <small>HH MM</small>		JORNADA (1) Normal <input checked="" type="checkbox"/> (2) Extra <input type="checkbox"/>		
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO			ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)			CÓDIGO						
L M x J V S D			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ERRADICACION DE CULTIVOS									
TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)						Especifique						
(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						
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO		CÓDIGO	ZONA	TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO				
NARIÑO		5 2	TUMACO		8 3 5	<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	8:00	0	IPS PUENTE DEL MEDIO			
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE			SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE			Especifique						
<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?)			
						ÁREA DE ERRADICACION MANUAL DE CULTIVOS ILICITOS						

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

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, trauma ocular, afectacion auditiva								0 9 9		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA				Ojo con inclusion de la orbita y del nervio optico								0 1 2		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE				Otras formas de accidente no clasificadas bajo otros epigrafes								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										CÓDIGO 0 6 3 0					
										USO DE METODOS O PROCEDIMIENTOS DE POR SI PELIGROSOS					
CÓDIGO										CÓDIGO 0 3 2 0					
										OTROS RIESGOS PUBLICOS (RIESGOS DE LUGARES PUBLICOS A LOS CUALES TAMBIEN ESTA EXPUESTO EL PUBLICO EN GENERAL)					
CÓDIGO										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 erradicacion manual los colaboradores se encuentran expuestos de forma permanente a cualquier situacion repentina de riesgo publico por tal razon es importante tener en cuenta para reducir las posibles afectaciones tanto fisicas como psicologicas 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					
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					
No. 9 1 4 8 6 0 9 0										JEFE ZONAL					
ENCARGADO DEL P.S.O.										NOMBRE Y APELLIDO					
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					
No. 5 2 8 5 7 8 6 4										PROFESIONAL SST					
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA										NOMBRE Y APELLIDO					
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					
No. 1 0 0 1 1 7 5 0 6 4										ASISTENTE ADMINISTRATIVA					
BRIGADISTA DE EMERGENCIA										NOMBRE Y APELLIDO					
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					
No. 3 2 7 3 4 9 3										ENFERMERO					
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION										NOMBRE Y APELLIDO					
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					
No. 5 3 0 4 9 7 1 6										AUXILIAR SST					
DILIGENCIAR SOLO CUANDO INTERVIENE UN PRESENTANTE DE LA ARP EN LA INVESTIGACIÓN															
REPRESENTANTE DE LA ARL										NOMBRE Y APELLIDO					
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>										LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL					
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.				
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.																	
X. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO, EL TRABAJADOR																	
TIPO		MEDIDAS DE INTERVENCIÓN								F	M	T	RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN		FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst, gerencia GH		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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.								<input checked="" type="checkbox"/>			Area de sst, gerencia GH		2	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Capacitacion leccion aprendida riesgo publico a causa del evento y socializacion o reinducccion riesgo publico										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Simulacros riesgo publico a los diferentes GME										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definir roles y responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diseño e implementación de un protocolo de intervencion psicologico y de acompañamiento individualizado de todo el personal expuesto al evento										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación de bateria de riesgo psicosocial a los diferentes grupos GME										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst, gerencia GH		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 (Municipión explosiva sin explotar) MASE (Municipión activada sin explotar)										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst, gerencia GH		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar charlas con el fin de recordar las responsabilidades del trabajador con énfasis en autocuidado y disciplina										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst,coordinador regional y jefe zonal		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dar alcance al procedimiento establecido para la tipificación o calificación de síntomas para determinar la extracción o no extracción de un colaborador.										<input checked="" type="checkbox"/>	Area de sst, coordinador regional y gerencia GH		1	12	2022
										DÍA	MES	AÑO					
XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL										FECHA DE REMISIÓN		1	11	2022	No. FOLIOS		
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"/>										OSCAR IVAN HURTADO		REPRESENTANTE LEGAL					
No. 8 0 1 7 0 7 8 7																	
FECHA DE REMISION DE RECOMENDACIONES DE LA ARL AL EMPLEADOR										FECHA DE REMISION DEL INFORME DE LA ARL A DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL MIN. PROTECCIÓN SOCIAL		RESPONSABLE DE REMISION POR PARTE DE LA ARL A DIRECCION TERRITORIAL DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL		CARGO			
DÍA MES AÑO										DÍA MES AÑO							
XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR																	
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN										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																	
FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
OBSERVACIONES:																	
FECHA DE VERIFICACIÓN DÍA MES AÑO																	
XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL																	
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN										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 INTERVENCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ARL:																	
FECHA DE VERIFICACIÓN DÍA MES AÑO																	