

# FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCIÓN 1401 DE 2007



Versión 2 - 20/12/2013

ACCIDENTE	ACCIDENTE GRAVE	ACCIDENTE MORTAL	ACCIDENTE LEVE	INCIDENTE
FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL:		FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA:		
___/___/___ MM/DO/AA		___/___/___ MM/DO/AA		

COORDINADOR DELEGADO: ILDA MARIA OTALVARO LOIZA		CARGO: PROFESIONAL SST	
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
SALUD TOTAL	EPS002	SURA	ARL 14-11
APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO APP O SEGURO SOCIAL		APP 25-14
COLPENSIONES		SEGURO SOCIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUÁL

## I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:		(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/>	(2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>
SEDE PRINCIPAL				
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		Otras actividades especializadas para la construcción de edificios y obras de ingeniería civil		CÓDIGO
				4390
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO
CONSTRUCCIONES M&M S.A.S		NI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		901640587-5
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX
CALLE 86 # 43 B 20 PISO 1		2333830		
CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO
construccionessmm262@gmail.com		ANTIOQUIA		MEDELLÍN
		ZONA		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>

## CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMO QUE LA SEDE PRINCIPAL?		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	
INVERSIONES PAISAJES DEL CERRO S.A.S (PROYECTO TTRAZO)		4111	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Calle 77 Sur 29-195, Sector San José			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
ANTIOQUIA		SABANETA	
		ZONA	
		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	

## II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

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"/>	CÓDIGO (5)
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GIL		MENA		OCIEL		DARIO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		11.707.751		26/12/1982		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX			
CR 42 D 45 B SUR-176		2700222					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA		CARGO	
ANTIOQUIA		ENVIGADO		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		PILERO- AYUDANTE	
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		16 : 00	
16 DIAS		5292401					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
01/06/2023		\$1.160.000		(1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>			

## III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
16/06/2023		15 : 20		LU <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> VI <input checked="" type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/>	
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?			
(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL?		(Diligenciar sólo en caso negativo)	
TOTAL TIEMPO LABORADO		TIPO DE ACCIDENTE		CÓDIGO	
07 : 00		(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPOSITO DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>			
PREVIÓ AL ACCIDENTE		CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	
		(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		ANTIOQUIA	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE LA MUERTE	
				16/06/23	
				MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
				SABANETA	
				ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
				U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	

## INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)

<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS	<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN	<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS	<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS	<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS	<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> (9) OTRO, (Especifique)
PROYECTO TTRAZO								

## TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)

<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA	<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA	<input type="checkbox"/> (81) ASFICIA
<input checked="" type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCTIVO DE LA RADIACIÓN
<input type="checkbox"/> (41) HERIDA	<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES
<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	<input type="checkbox"/> (99) OTRO, (Especifique)
<input checked="" type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	
<input type="checkbox"/> (60) QUEMA/DURA	

## PARTES DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADAS:

<input checked="" type="checkbox"/> (1) CABEZA	<input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)	<input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX	<input type="checkbox"/> (4.6) MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> (5.56) PIES	<input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES	<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS
<input type="checkbox"/> (1.12) OJO	<input type="checkbox"/> (3.33) ABDOMEN	<input type="checkbox"/> (4.46) MANOS	<input type="checkbox"/> (5.56) PIES	<input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES	<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

## AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

<input checked="" type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> (3) APARATOS	<input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES	<input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS
--	---	---------------------------------------	--	--	--	--	--	---	---

## MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

<input checked="" type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS	<input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> (3) PESADAS, CHOQUES O GOLPES	<input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS	<input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO	<input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA	<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD	<input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOXIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS	<input type="checkbox"/> (9) OTRO, (Especifique)
---	---	--	--	---	--	--	---	--

## IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, cómo y por qué)

El día viernes 16 de junio de 2023, el colaborador OCIEL DARIO GIL MENA con cedula de ciudadanía 11.707.751 en cumplimiento de sus labores, en calidad de PILERO en la obra TTRAZO, en el municipio de sabaneta, aproximadamente a las 15:20 horas, se encontraba realizando la excavación a la pila número 238 con un martillo neumático en la parte

## PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
JHON JARET IBARGUEN URRUTIA		No: 71.794.275	
CARGO			
PILERO			
DECLARACIÓN			



terna de la pila, en una profundidad aproximada de 12 metros con un diámetro 1.50 ancho, el colaborador OCIEL DARIO GIL MENA deposita su contenido de la excavación en el balde metalico a la mitad con un peso 77 KG aproximados de contenido y balde metalico, le indica a su compañero JHON JARET IBARGUEN URRUTIA con cedula de ciudadanía 71.794.275 que puede subir el balde metalico con el contenido el cual se encontraba manipulando la pluma de izaje en la parte superior de la pila 23B. El colaborador JHON JARET IBARGUEN URRUTIA sube el balde metalico hasta 8 metros aproximadamente y frena la pluma de izaje para acomodar la carreta donde vaciaría el contenido del balde metalico, cuando retorna a continuar subiendo el balde metalico evidencio que su compañero OCIEL DARIO GIL MENA fue impactado por el balde metalico en cabeza (DX: Traumatismo Intracraneal, No especificado). El colaborador JHON JARET IBARGUEN URRUTIA cuando ve a su compañero lesionado con por balde metalico llama a la encargada de seguridad y salud en el trabajo KATHERINE MURILLO HINESTROZA con cedula 1.152.695.470 de CONSTRUCTORES M&M S.A.S, la cual activa el proceso de rescate que es realizado por WILINTON MONTAÑO HURTADO con cedula de ciudadanía 10.388.690, que ingresa a la pila por medio del molinete con arenes, mosquetón, estabilizador de cuello para atender a su compañero para sacarlo de la pila, ya que se encontraba inconsciente es sacado de la pila cuando llegan la ambulancia y en sitio se le realizan los primeros auxilios es trasladado a la HOSPITAL VENANCIO DIAZ de sabaneta donde el trabajador ingresa sin signos vitales y realizan varios procedimientos de resucitación fallidos donde informan hora de muerte 16:00 horas.

VERSION 1: el 16/06/2023 el colaborador informa que yo pare la pluma y le deje el bache (Balde metalico) a una altura de 7 a 8 metros de altura y se devolvió el bache (balde metalico) y le cayó en la cabeza.  
VERSION 2: el 27/06/2023 el colaborado informa que: yo le baje el balde a una altura de 8 metros de donde estaba el, estaba cuadrando el coche cuando voltee a mirar hacia bajo ya el balde se devolvió.  
DECLARACION EL DIA 16/06/2023 El colaborador informa que: El día de hoy tipo 15:30 ocurrió un accidente en la obra al lado de la pila de donde yo WILINTON MONTAÑO estaba trabajando, cuando escuché la bufa salida de la pila de donde yo estaba y me encuentro con la noticia que un compañero estaba accidentado porque le había caído un bache con el que se sube la tierra de la pila y a mi me tocó bajar ya que nadie era capaz de bajar a ver como estaba el compañero cuando llegue donde está el lo encontré tirado en el piso ya casi muerto, en ese momento yo le desabroche el casco de seguridad y el casco estaba medio salido de la cabeza, debido al golpe.  
Para colocarle el quillero lo termine de retirar el casco hasta ese momento el respiraba. A mi me tocó estar a bajo en la pila con el aproximadamente 20 minutos, hasta que llegó la ambulancia.  
También me tocó ayudarlo a subirlo de la pila.

FIRMA: *Hector Ruy*  
**71794275**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD  
CC ☒ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐  
No: 10.388.690

FIRMA: *WILINTON*  
**10388690**

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)  
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
TILDA MARIA OTAVARO LOAIZA  
CARGO  
PROFESIONAL EN SST  
FIRMA: *[Firma]*

DOCUMENTO DE IDENTIDAD  
CC ☒ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐  
No. 43.810.515  
FECHA DE ELABORACION DEL INFORME DEL ACCIDENTE  
27 06 2023

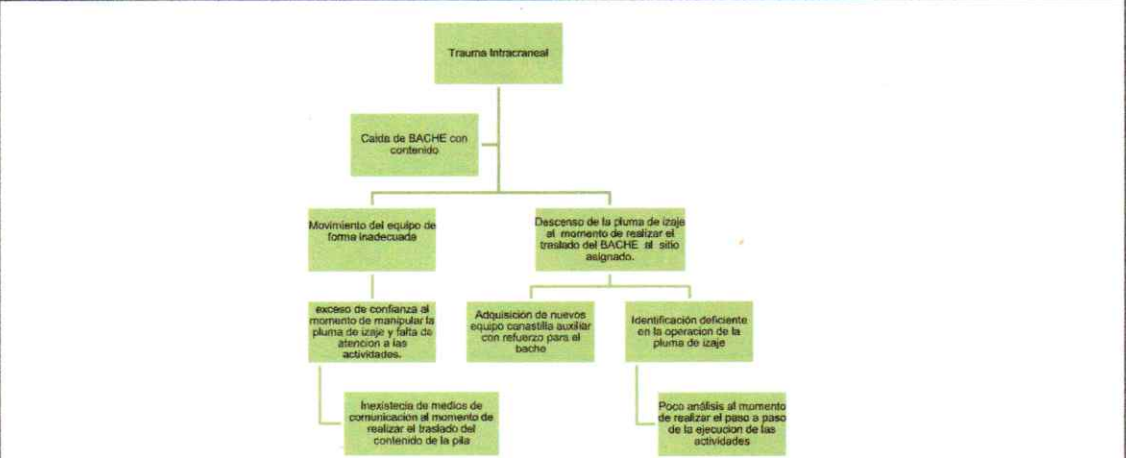
V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO)

1. El grupo investigador determina, que luego de recolectar la informacion por medio de entrevistas, testimonios escritos y analisis de campo y resultados medicos el equipo investigador define que el colaborador que operaba la pluma de izaje realiza una operacion inadecuada en la ejecucion de la actividad. El proceso investigacion realizado 26/06/2023 en las instalaciones de la constructora Trazo se evidencio lo siguiente: 2. se encontro en custodia el area donde se presento el evento. 3. Que se realizaron pruebas a la pluma por parte de un ente externo llevado por la constructora que emito un informa despues de realizar pruebas de peso, mecanismo, operatividad de la maquina, inspeccion de equipo en area en cual se termino que la pluma no presento fallas mecanicas y se encontro en buen estado el equipo. 4. Se realiza investigacion entre la obra Trazo y Constructores M&M S.A.S y se levanta planes de accion en conjunto con la obra. 5. Anexa plan de accion con 22 puntos a ejecutar. 6. se anexa registro fotografico del evento y informe de pruebas a la pluma por electromecanicos.

VI. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACA EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)



VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ÁRBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)



VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el árbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
N/A	No realizar el procedimiento adecuado para subir y desender el bache.	Poco análisis al momento de realizar el paso a paso de la ejecución de las actividades	exceso de confianza al momento de manipular la pluma de izaje y falta de atención a las actividades.

<b>IX. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA</b>									
CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCIÓN DD/MM/AA	FECHA VERIFICACIÓN DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA	ÁREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE LA EMPRESA		
	FUENTE	MEDIO	PERSONA						
CAMBIO DE PLUMA DE POR MOLINETE	X			26/06/2023	31/07/2023		TRRAZO Y AREA SST		
CAPACITACION AL PERSONAL SOBRE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO ( EXCAVACIONES)			X	20/07/2023	31/07/2023		AREA DE SST CONSTRUCTORES M&M		
FABRICACION DE CANASTILLA AUXILIAR PARA EL BACHE	X			20/07/2023	31/07/2023		TRRAZO Y AREA SST		
CAMBIO DE BACHE METALICO POR BALDE PLASTICO	X			20/07/2023	31/07/2023		TRRAZO Y AREA SST		
ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE EXCAVACION, ALTURAS Y MEDICIONES AMBIENTALES		X		20/07/2023	31/07/2023		AREA DE SST CONSTRUCTORES M&M		
CAPACITACION DE OPERATIVIDAD DE MOLINETE			X	20/07/2023	31/07/2023		TRRAZO Y AREA SST		
<b>X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>									
NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA _ / _	FIRMA DOC IDENTIF		
LUZ EDITH GIL MURILLO	REP. COPASST	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i> 31142659		
KATHERINE MURILLO HINESTROZA	SST DE OBRA	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i> Katherine M 1152695470		
JESSICA MARIA URAN AGUDELO	COORDINADOR SST	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i> Jessica Uran 1010912947		
DANIELA ANDREA OSORIO JIMENEZ	RESIDENTE DE LA OBRA SST TRRAZO	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i>		
VIVIANA GOMEZ	DIRECTORA DE OBRA TRRAZO	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i>		
FLORESMIRO MORENO JAVE	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA CONSTRUCCIONES M&M	ANTIOQUIA	SABANETA	Calle 77 Sur 29-195. Sector San José	16/06/2023	15:00	<i>[Firma]</i> Floresmiro 11705682		
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>				<b>FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b>					
FLORESMIRO MORENO JAVE 11.705.682				<i>[Firma]</i> FLORESMIRO 11705682					
<b>PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL</b>	<b>LICENCIA NO</b>	<b>EXPEDIDA POR</b> Secretaría seccional de salud proteccion social antioquia		<b>FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b>					
ILDA MARIA OTALVARO LOAIZA	2022060335150			<i>[Firma]</i> ce 43810515					
<b>LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARL-SURA NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS DATOS QUE ALLÍ APARECEN.</b>									
<b>FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO</b> (ESPACIO PARA SER DILEGNCIADO POR LA ARL) _MM_ / _DD_ / _AA_									