- Severidad de accidentalidad Contratistas

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	OBJETIVOS Y ESTADÍSTICAS SST	Fecha	Página
			1 de 1
		1/10/2019	Versión00
		Código del Documento	
		FT-SST-008	

NOMBRE DEL INDICADOR	Severidad de accidentalidad	TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA DE MEDICION	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	META ANUAL	Menor o Igual a 95%
INTERPRETACIÓN	Por cada 100 (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Reporte ARL Estadísticas de Accidentalidad	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Residente SST
PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Dirección de obra e Interventoría		

SEGUIMIENTO

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
No. DE DIAS de incapacidad	5	0	5	0	9								
No. De días cargados en el mes	0	0	0	0	0								
No. De trabajadores en el mes	229	229	229	229	229								
RESULTADO	2,18	0,00	2,18	0,00	3,93								
META	95,00	95,00	95,00	95,00	96,00								

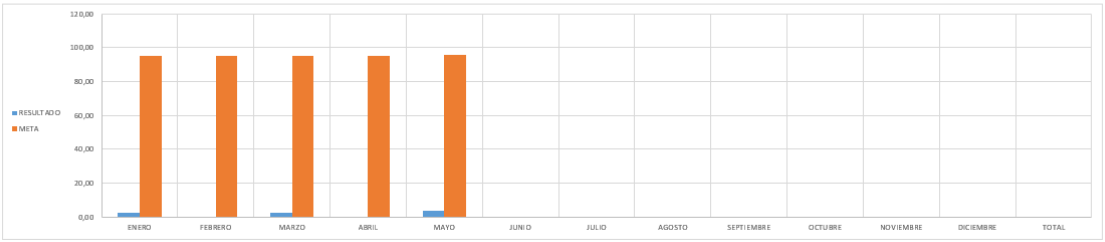


Figura 5. Severidad de accidentalidad Contratistas

Análisis: Por cada 229 trabajadores que laboraron en el mes de objeto de este informe, se perdieron 3,93%.

- Ausentismo por causa médica Consorcio

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	OBJETIVOS Y ESTADÍSTICAS SST	Fecha	Página
		1/10/2019	1 de 1
			Versión00
		Código del Documento	
		FT-SST-008	

NOMBRE DEL INDICADOR	Ausentismo por incapacidad medica	TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA DE MEDICION	No. de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes/ No. de días de trabajo programados en el mes * 100	META ANUAL	menor o igual a 80%
INTERPRETACIÓN	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica.	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Programa de Vigilancia Protocolo de Vigilancia Diagnostico de Condiciones de salud	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	SISO
PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	PERSONAL DE SEGURIDAD		

SEGUIMIENTO

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
No. De días por incapacidad común	7	21	1	41	37								
No. De días de incapacidad por AT	0	0	19	0	4								
No. De días programados en el mes	24	24	26	24	24								
NO. De trabajadores en el mes	32	32	32	32	32								
RESULTADO	0,91	2,73	2,40	5,34	5,34								
META	80	80	80	80	81								

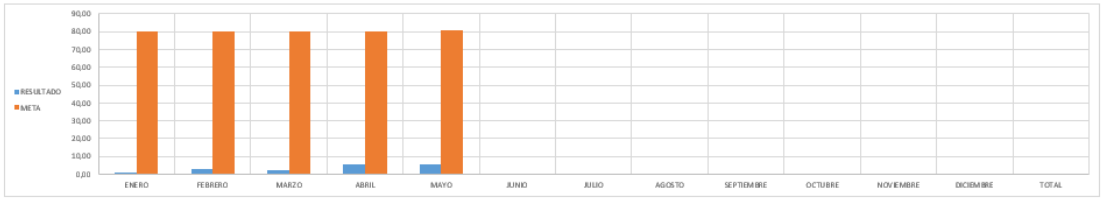


Figura 6. Ausentismo por causa médica Consorcio

Análisis: En el mes objeto de este informe se perdieron 5,34% días de trabajo programados por incapacidad médica.

- Ausentismo por causa médica Contratistas

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	OBJETIVOS Y ESTADÍSTICAS SST	Fecha	Página
			1 de 1
		1/10/2019	Versión00
		Código del Documento	
		FT-SST-008	

NOMBRE DEL INDICADOR	Ausentismo por incapacidad medica	TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA DE MEDICION	No. de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes No. de días de trabajo programados en el mes * 100	META ANUAL	menor o igual a 80%
INTERPRETACIÓN	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica.	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Programa de Vigilancia Protocolo de Vigilancia Diagnostico de Condiciones de salud	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	SISO
PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	PERSONAL DE SEGURIDAD		

SEGUIMIENTO

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
No. De días por incapacidad común	0	0	0	8	17								
No. De días por AT	5	0	5	0	9								
No. De días programados en el mes	24	24	26	23	24								
NO. De trabajadores en el mes	229	229	229	229	229								
RESULTADO	0,09	0,00	0,08	0,15	0,47								
META	80	80	80	80	81								

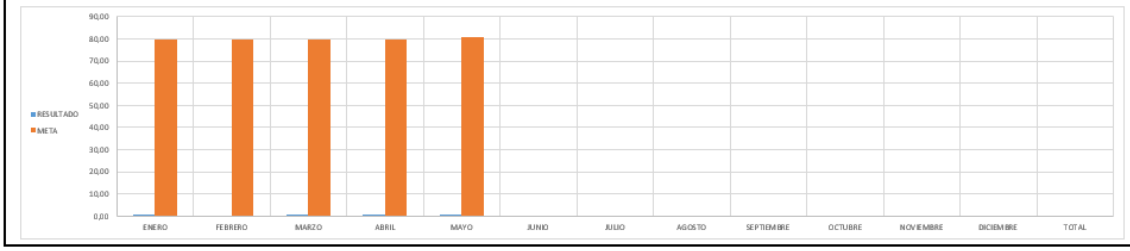


Figura 7. Ausentismo por causa médica Contratistas

Análisis: En el mes objeto de este informe, se perdieron 0.47% de días de trabajo programados por incapacidad médica, así mismo.

- Proporción de accidentes de trabajo mortales Consorcio

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	OBJETIVOS Y ESTADÍSTICAS SST	Fecha	Página
		1/10/2019	1 de 1
		Código del Documento	Versión00
		FT-SST-008	

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de accidentes de trabajo mortales (PM)	TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA DE MEDICION	No. de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año * 100	META	0
INTERPRETACIÓN	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales.	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Reporte ARL Estadísticas de Accidentalidad	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	SISO
PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Dirección de Obra, Interventoría y ARL		

SEGUIMIENTO

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMBR	TOTAL
No. De accidentes mortales en el mes	0	0	0	0	0								
Total de accidentes en el año	0	0	3	0	2								
RESULTADO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%								
META	0	0	0	0	0								

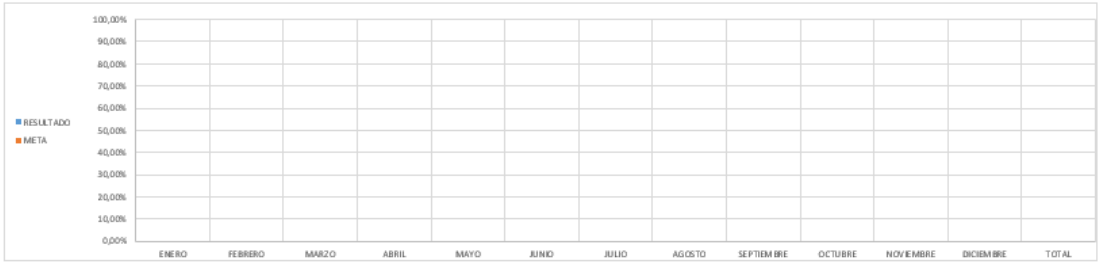


Figura 8. Proporción de accidentes de trabajo mortales Consorcio

Análisis: En el mes objeto de este informe el 0.00% de accidentes de trabajo fueron mortales.

- Proporción de accidentes de trabajo mortales Contratistas

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	OBJETIVOS Y ESTADÍSTICAS SST	Fecha	Página
		1/10/2019	1 de 1
		Código del Documento	Versión00
		FT-SST-008	

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de accidentes de trabajo mortales (PM)	TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA DE MEDICION	No. de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año * 100	META	0
INTERPRETACIÓN	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales.	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Reporte ARL Estadísticas de Accidentalidad	RESPONSABLE DE MEDICIÓN	SISO
PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Dirección de Obra, Interventoría y ARL		

SEGUIMIENTO

PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMBR	TOTAL
No. De accidentes mortales en el mes	0	0	0	0	0								
Total de accidentes en el año	3	0	3	0	3								
RESULTADO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%								
META	0	0	0	0	0								

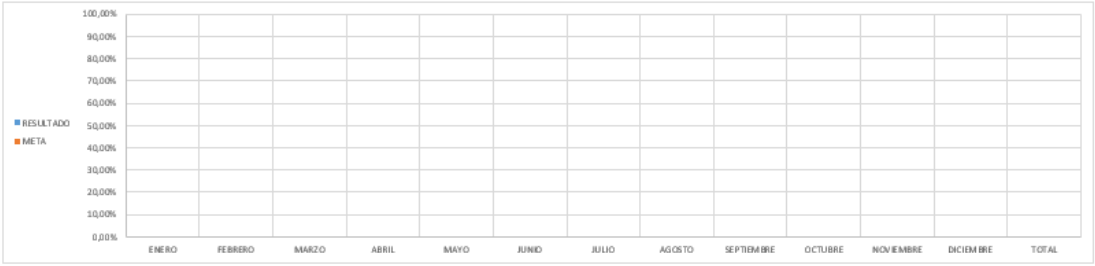


Figura 9. Proporción de accidentes de trabajo mortales Contratistas

Análisis: En el mes objeto de este informe el 0.00% de accidentes de trabajo fueron mortales.

1.2.13 Seguimiento a subcontratistas

De acuerdo con el MANUAL DE CONTRATISTAS, se realiza el seguimiento a contratistas, según lo pactado entre el Consorcio y subcontratistas, para la verificación y el cumplimiento, se tiene:

- Un inspector responsable encargado de la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo por contratista, así mismo, de acuerdo con las actividades y para dar espacio a trabajadores efectivos en obra, se tiene personal SST a cargo de hasta tres contratistas.
- Todos los contratistas cuentan con el SG-SST.
- Se realiza el pago oportuno de los aportes al sistema de seguridad.
- Se realiza la implementación de las medidas de seguridad establecidas por el consorcio para todo el personal operativo, administrativo y visitantes, así mismo la implementación del PAPSO.
- Se exige a todos los contratistas el cumplimiento de la Resolución 0312 del 13 de febrero de 2019, en cuanto a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.2.14 Acciones de seguimiento y control

Se realizan acciones de seguimiento y control mediante el uso de formatos elaborados de acuerdo con la actividad a desarrollar.

Auditoria a los contratistas

Se realizaron las auditoría a los contratistas, para el 20 de mayo de 2021, fueron subsanados todas las observaciones y/o no conformidades encontradas en la revisión del SG-SST.

1.3 MEDICINA EN EL TRABAJO

1.3.1 Exámenes médicos

Mensualmente se programan exámenes de ingreso, egreso, periódicos y post-incapacidad conforme al profesiograma de la empresa. El Consorcio cuenta con dos IPS para la ejecución de las evaluaciones médicas ocupacionales.

De manera anual, la IPS Clinisur con código del prestador SDS 110011738901, así mismo la IPS Cendiatra, se envían los informes de condiciones de salud de los trabajadores valorados, con el fin de alimentar los programas de inteligencia epidemiológicas y además establecer las acciones de mejora para la salud de los trabajadores.

1.3.2 Sistema de inteligencia epidemiológica protección músculo esquelético

El Consorcio de Seguridad Urbana Distrito Capital, realizó con el acompañamiento de la ARL BOLIVAR, la inspección a los puestos de trabajo del personal en obra tanto operativo como administrativo, en el mes de abril, para este mes ya tenemos el informe, se entrega a cada trabajador las medidas preventivas para atender las no conformidades y se hará seguimiento.

1.3.3 Programa de inteligencia epidemiológica protección respiratoria

Se realizó un estudio de material particulado, en el mes de abril de 2021, la ARL BOLIVAR, ha enviado el informe del monitoreo realizado y procede a atender las observaciones.

Durante el mes se realizaron las siguientes actividades:

- El cubrimiento del material pétreo en obra.
- El uso permanente de tapabocas.
- Humectación de material de demolición.
- Humectación en áreas de barrido.
- Humectación de zonas comunes carreteables.

1.3.4 Programa de inteligencia epidemiológica conservación auditiva

El Consorcio de Seguridad Urbana Distrito Capital se encuentra implementando las acciones derivadas del estudio de conservación auditiva. Para lo anterior se cuenta con el apoyo de la ARL BOLIVAR.

Durante el mes se realizaron las siguientes actividades:

- Uso permanente de protectores auditivos de copa y de inserción.
- Pausas activas para el personal que trabaja con equipos que generen alto grado de emisión de ruido, sin embargo, durante el mes objeto de este informe no se realizaron actividades que generen ruido.

1.3.5 Programa de inteligencia epidemiológica psicosocial

En atención de la circular 0064 del 7 de octubre de 2002, a través de la cual estableció (i) la suspensión de la aplicación de la Batería de Riesgo Psicosocial y (ii) las acciones mínimas para la intervención de los factores psicosociales, promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales como consecuencia del COVID-19 que deberán adelantar los empleadores, contratistas, trabajadores y Administradoras de Riesgos Laborales (en adelante “ARL”).

Por lo anterior no se aplicará la batería psicosocial, sin embargo, se realizarán en conjunto con la ARL, capacitaciones que motiven al personal a tener aptitudes positivas frente al estrés y otras situaciones personales y laborales que afrontan a diario.

1.3.6 Programa de reincorporación laboral

Se realiza la reincorporación laboral de acuerdo con el programa, para reubicar o reincorporar de acuerdo con las recomendaciones médicas de la IPS.

1.3.7 Programa hábitos saludables (promoción y prevención)

Se viene trabajando en la ejecución del programa de hábitos de vida saludable de acuerdo con lo establecido en el Resolución 0312 de 2019.

1.4 AUDITORÍA INTERNA

Se realizó auditoria con la ARL BOLIVAR, estamos a la espera de los resultados para tomar las acciones preventivas y correctiva a las que haya lugar.

1.5 SEGUIMIENTO AL PAPSO

Durante el mes objeto de este informe se presentaron 3 casos por SARS-CoV-2.

A continuación, se presenta un resumen del INFORME COVID-19, enviado a la interventoría el 3 de mayo de 2021, de los trabajadores que arrojaron positivo en su prueba SARS-CoV-2.

CASO 1. UN POSITIVO PARA SARS-CoV-19,

EMPRESA AIREFLEX DE COLOMBIA SAS	
DESCRIPCIÓN	CASO 1-POSITIVO
NOMBRE	CESAR AUGUSTO AMADO HERNANDEZ
CEDULA	1095912040
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	N.A
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	30/04/2021
ENTREGA RESULTADO	1/05/2021
REINTEGRO LABORAL	11/05/2021

Cerco epidemiológico.

Dado que el trabajador solo estuvo en las horas de la mañana con el personal en labores propias de la actividad de trabajo, se solicitó al personal practicarse la prueba, los cuales se relacionan a continuación:

1. KEVIN SANTIAGO RABA MORENO
2. CESAR OVIDIO PATIÑO VILLA
3. NUMAR CARREÑO TRIANA
4. ELKIN ANTONIO VELASQUEZ NUÑEZ
5. ELKIN JAIME PATIÑO VILLA
6. GIOVANNI FONTECHA SALAZAR
7. MAICOL FABIAN MEDINA CARDENAS
8. CLARA INES HOYOS
9. CRISTIAN CAMILO CRUZ RAMOS
10. LUIS ALEJANDRO PEREZ MORA
11. MIGUEL ANGEL HERRERA BAQUERO
12. NELSON GUSTAVO MONTAÑO PINILLA

Los resultados de las personas arriba descritas arrojaron negativo en la prueba.

CASO 2. DOS POSITIVOS PARA SARS-CoV-19,

A continuación, se presenta un resumen del INFORME COVID-19, enviado el 25 de mayo de 2021, de los trabajadores que arrojaron positivo en su prueba SARS-CoV-2.

EMPRESA AIREFLEX DE COLOMBIA SAS	
DESCRIPCIÓN	CASO 1-POSITIVO
NOMBRE	GIOVANNY FONTECHA SALAZAR
CEDULA	79920280
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	15/05/2021
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	19/05/2021
ENTREGA RESULTADO	19/05/2021
REINTEGRO LABORAL	27/05/2021
DESCRIPCIÓN	CASO 2-POSITIVO
NOMBRE	LUIS ALEJANDRO PEREZ MORA
CEDULA	1012319305
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	N.A
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	19/05/2021
ENTREGA RESULTADO	24/05/2021
REINTEGRO LABORAL	PENDIENTE

Tabla 3. Casos positivos SARS-CoV-2

CERCO EPIDEMILOGICO:

DESCRIPCIÓN	CASO 3-NEGATIVO
NOMBRE	CRISTIAN CAMILO CRUZ RAMOS
CEDULA	1026267980
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	N.A.
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	19/05/2021
ENTREGA RESULTADO	24/05/2021
REINTEGRO LABORAL	N.A.
DESCRIPCIÓN	CASO 4-NEGATIVO
NOMBRE	MAICOL FABIAN MEDINA CARDENAS
CEDULA	1012377872
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	N.A
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	19/05/2021
ENTREGA RESULTADO	24/05/2021
REINTEGRO LABORAL	N.A.
DESCRIPCIÓN	CASO 5-NEGATIVO
NOMBRE	MIGUEL ANGEL HERRERA BAQUERO
CEDULA	1030622660
CARGO	OFICIAL INSTALADOR
INICIO SÍNTOMAS	N.A.
FECHA DE TOMA DE PRUEBA	19/05/2021
ENTREGA RESULTADO	24/05/2021
REINTEGRO LABORAL	N.A.

Del mismo modo, se realizan comités con el personal SST de todos los contratistas y consorcio los jueves de cada semana, para atender las observaciones generadas durante los recorridos realizados por la Interventoría, se atienden de manera inmediata siendo esto una prioridad para el estricto cumplimiento del PAPSO versión 06, aprobado mediante oficio CONNECTA -169-21, se genera un acta de seguimiento firmada por las partes que intervienen en las reuniones.

Se tiene implementada dos áreas como ZONAS DE PREVENCIÓN COVID-19, ubicada en el eje 24B del piso quinto y en el eje 30B del primer piso, dando alcance al ítem número 7, del PAPSO versión 6.

Se colocan carteles con información básica y actualizada para que todos sean conocedores de las últimas noticias sobre el COVID – 19, y se realizan capacitaciones tanto al personal operativo como administrativo de la obra en general, con el fin de afianzar los conocimientos en cuanto a las novedades de la pandemia que vivimos actualmente, socializamos las áreas asignadas para el consumo de alimentos del personal, piso a piso. En el periodo objeto de este informe, se realizaron las siguientes capacitaciones.

CUADRO DE CAPACITACIONES	FECHA
PREVENCION COVID-19	
CUMPLIMIENTO DEL PAPSO - LAVADO ADECUADO DE MANOS	12/05/2021
RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD	
QUE SIGNIFICA SER PREVENCIONISTAS COVID-19	
USO DE LA APLICACIÓN CORONAPP	
PROCEDIMIENTO EN CASO DE SÍNTOMAS.	
PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	

Tabla 4. Capacitaciones

En el **Anexo No. 3,** del informe SST, se encuentran los registros de las capacitaciones realizadas.

Se cumple a cabalidad con todo los lineamientos establecidos en el protocolo con actividades como:

a. Toma de temperatura (ingreso y salida)
b. Toma de registro de asistencia (ingreso y salida).
c. Protocolo de desinfección en cabina por medio de aspersión de peróxido de hidrogeno-DEXTOL industrial diluido al 7%, en la cabina, ubicada en portería (ingreso y salida).

d. Aspersión de hipoclorito, diluido al 5% en oficinas, áreas comunes (malacate, escalera, pasillos de los corredores del edificio, zonas de alimentación, baños), equipos, etc, cuatro veces al día.
e. Protocolo de lavado de manos cada tres horas.
f. Toma de agua cada dos horas.
g. Distanciamiento social mediante ubicación de sillas cerca a sus lugares de trabajo para evitar la movilización de los trabajadores por la obra y así mismo la aglomeración puntual a las horas de las comidas.
h. Ubicación de hornos microondas cerca a los lugares de trabajo para que calienten sus alimentos.
i. Entrega de EPPS y desinfección diaria de los mismos.
j. Medidas de prevención (desinfección de herramientas en almacén).
k. Manejo adecuado en el mantenimiento de equipos y maquinaria en obra.
l. Seguimiento y control del uso adecuado del tapabocas.

Así mismo, por parte del consorcio se atiende los requerimientos emitidos por los distintos Decretos y Resoluciones emitidas a nivel nacional, distrital y local, con el fin de dar estricto cumplimiento a los aspectos legales y normativos en cuanto al manejo adecuado de la información del COVID-19.

Finalmente, en el anexo 9 se halla el FORMATO DIARIO DE ACTIVIDADES PAPSO, por el personal en obra, los cuales realizan actividades propias del PAPSO, ejecutadas durante el mes de mayo de 2021.

LISTA DE ANEXOS

Anexo No.1. Accidentes de trabajo en obra

Anexo No.2. Relación de inducciones

Anexo No.3. Relación de capacitaciones HSE

Anexo No.4. Relación de inspecciones

Anexo No.5. Relación entrega EPP

Anexo No.6. Relación de ATS

Anexo No.7. Relación de permisos de trabajo

Anexo No.8. Registro fotográfico

Anexo No.9. Formatos diario de actividades PAPSO

Anexo No.1.

Accidentes de trabajo en obra

ITEM	FECHA	CONTRATISTA	NOMBRE	DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
1	5/05/2021	ARMENTA CHAVARRO (RETCOM)	EDWIN LEONARDO ACOSTA SANTAMARIA	1.033.792.963	EL TRABAJADOR INFORMA QUE SE ENCONTRABA DESCENDIENDO DEL ANDAMIO, AL MOMENTO DE PONER LOS DOS PIES SOBRE LA BARRA HORIZONTAL A UNA ALTURA DE 1 M DEL PISO SE RESBALAN SUS PIES HACIA DENTRO DEL ANDAMIO Y CAE AL PISO POR SU COSTADO DERECHO, EL TRABAJADOR MANIFIESTA DOLOR EN LA ESPALDA COSTADO DERECHO Y HOMBRO DERECHO, SE INFORMA AL PERSONAL DE SST, EL COLABORADOR SE DIRIGE A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES PARA SER VALORADO, DIAGNOSTICO CONTUSIÓN DEL HOMBRO, BRAZO Y TÓRAX, 3 DÍAS DE INCAPACIDAD .
2	13/05/2021	AIREFLEX DE COLOMBIA SAS	CESAR OVIDIO PATIÑO VILLA	98.499.730	TRABAJADOR SE ENCONTRABA CORTANDO UNA VARILLA Y LE ENTRA UNA ESQUIRLA EN EL OJO IZQUIERDO
3	14/05/2021	CONSORCIO	EDWAR ANDRES SOLORZANO TORRES	1.000.221.700	EL VIERNES 14 DE MAYO DE 2021, SIENDO LAS 4:30 DE LA TARDE, SE ENCONTRABA EL TRABAJADOR DEMOLIENDO CONCRETO EN EL SEGUNDO PISO DEL AUDITORIO, EN EL FOSO DEL ASCENSOR, CUANDO UNA ESQUIRLA LE CAYÓ EN EL OJO IZQUIERDO.
4	27/05/2021	CONSTRUCCIONES PRICONS SAS	GUILLERMO TEJADA SARRIAS	13.454.231	EL TRABAJADOR ESTABA ENCHAPANDO UN CAÑO, CUANDO SE FUE A VOLTEAR SE TROPIEZA Y CAE AL PISO, SE GOLPEA A MANO DERECHA OCASIONANDOLE DOLOR.
5	27/05/2021	CONSORCIO	MELBA CAROLINA RODRIGUEZ RIOS	30.049.945	SE ENCONTRABA LA OPERARIA DENTRO DEL MALACATE REALIZANDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU TRABAJO, A LAS 7:50 DE LA MAÑANA CUANDO SE DISPONIA UNA VEZ MAS SUBIR PERSONAL DESDE EL PRIMER PISO HASTA EL PISO QUINTO, INTENTÓ PARARLO EN EL QUINTO PISO, SIN EMBARGO, EL MALACATE SE DESLIZÓ Y AL NIVEL DEL TERCER PISO, SE DESPLOMÓ HASTA CAER AL PRIMER PISO. UNO DE LAS PERSONAS QUEI IBAN ALLÍ, AL CAER AGARRÓ CON FUERZA POR LA CHAQUETA A LA OPERARIA, HACIENDOLA CAER, POR EL IMPACTO Y POR EL HECHO DE HABERLA HALADO AL CAER.

INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	TIPO DE LESIÓN	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	FURAT	INVESTIGACIÓN	EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN
SI	3	GOLPE	TORAX Y MIEMBROS SUPERIORES	X	X	X
SI	2	Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	OJO IZQUIERDO	X	X	X
SI	1	Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	OJO IZQUIERDO	X	X	X
SI	3	GOLPE	MANO DERECHA	X	pend.	pend.
SI	3	GOLPE	REGION LUMBOSACRA Y PELVIS	X	pend.	pend.

ACOSTA SANTAMARIA EDWIN LEONARDO

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	008	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD, INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS.

Nombre o razón social: RETCOM S A S

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 900209858

Dirección	Teléfono	Fax
CR 15 A # 124 - 60 OFIC 103 BRR SANTA BARBARA OCC	3142424706	4772435

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
ANALISTAHSEQ@PREVENCIONMAS.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo: TRABAJOS DE INSTALACION DE EQUIPOS LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONSTRUCCION NECESARIAS PARA HABILITAR LAS EDIFICACIONES Y LAS OBRAS CIVILES

Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5454302

Dirección	Teléfono	Fax
CR 15 A # 124 - 60 OFIC 103	4772935	

Departamento	Municipio	Zona
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
ACOSTA	SANTAMARIA	EDWIN LEONAR

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1033792963	10111996	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 19 G # 62 SUR - 46	4772935	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R	AUXILIAR REDES Y

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
INGENIEROS ELÉCTRICOS, INGENIEROS ELECTRÓNICOS DE TELECOMUNICACIONES Y AFINES	3:11

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
26012021	950000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
05052021 09:55:00	S	Miércoles

Jornada en que sucede: (•) Normal ( ) Extra — ¿Estaba realizando su labor habitual? (•) Si ( ) No — ¿Cuál?

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 2:25

Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

( ) Almacenes o depósitos
( ) Áreas de producción
( ) Áreas recreativas o deportivas
( ) Corredores o pasillos
( ) Escaleras
( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
( ) Oficinas
( ) Otras áreas comunes
(•) Otro
SÓTANO

Parte del cuerpo aparentemente afectado

( ) Cabeza
( ) Ojo
( ) Cuello
( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
(•) Tórax
( ) Abdomen
(•) Miembros superiores
( ) Manos
( ) Miembros inferiores
( ) Pies
( ) Ubicaciones múltiples
( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

( ) Fractura
( ) Luxación
( ) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
( ) Conmoción o trauma interno
( ) Amputación o ennucleación
( ) Herida
( ) Trauma superficial
(•) Golpe contusión o aplastamiento
( ) Quemadura
( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
( ) Asfixia
( ) Efecto de la electricidad
( ) Efecto nocivo de la radiación
( ) Lesiones múltiples
( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

( ) Máquinas y/o equipos
( ) Medios de transporte
( ) Aparatos
( ) Herramientas, implementos o utensilios
( ) Materiales o sustancias
( ) Radiaciones
( ) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
(•) Otros agentes no clasificados
( ) Animales (vivos o productos animales)
( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

(•) Caída de personas
( ) Caída de objetos
( ) Pisadas, choques o golpes
( ) Atrapamientos
( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
( ) Exposición o contacto con la electricidad
( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
( ) Golpes por o contra objetos
( ) Otro
CAÍDA DIFERENTE NIVEL INFERIOR A 1,5 MTS...

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR INFORMA QUE SE ENCONTRABA DESCENDIENDO DEL ANDAMIO, AL MOMENTO DE PONER LOS DOS PIES SOBRE LA BARRA HORIZONTAL A UNA ALTURA DE 1 M DEL PISO SE RESBALAN SUS PIES HACIA DENTRO DEL ANDAMIO Y CAE AL PISO POR SU COSTADO DERECHO, EL TRABAJADOR MANIFIESTA DOLOR EN LA ESPALDA COSTADO DERECHO Y HOMBRO DERECHO, SE INFORMA AL PERSONAL DE SST, EL COLABORADOR SE DIRIGE A LA CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES PARA SER VALORADO, DIAGNOSTICO CONTUSIÓN DEL HOMBRO, BRAZO Y TÓRAX, 3 DÍAS DE INCAPACIDAD .

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? (•) Si ( ) No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	BRAYAN MANUEL PRIETO RODRIGEZ		
Cargo	AUXILIAR DE TELECOMUNICACIONES	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1110563505
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	MONTEALEGRE YAMILE ADRIANA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	28577247
Cargo	COORDINADORAS DEL SG-SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente
Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
06-05-2021 07:17:08
06-05-2021 07:17:08
RECIBIDO

Fecha Impresión 06-05-2021 07:18:53

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCION 1401 DE 2007

ARL SURA

Versión 2 - 20/12/2013

ACCIDENTE	ACCIDENTE GRAVE	ACCIDENTE MORTAL	ACCIDENTE LEVE	INCIDENTE
			X	

FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL:	FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA:
06 / 05 / 2021 MM/DD/AA	____ / ____ / ____ MM/DD/AA

COORDINADOR DELEGADO: **YAMILE ADRIANA MONTEALEGRE MORENO** — CARGO: **COORDINADOR HSEQ**

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
COMPESAR EPS	8	ARL SURA	40

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO	SEGURO SOCIAL				CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
PORVENIR	SEGURO SOCIAL	SI	NO	CUÁL	230301

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR [x] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO
	EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INSTALACIONES ELECTRICAS ENC CASAS Y/O EDIFICIOS	4321

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
RETCOM S.A.S.	NI [x] CC [ ] CE [ ] N.U [ ] PA [ ]	900209858

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CRA 15 A N 124-60 OFI 103	4772935	

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
COORDINADORSST@RETCOMSAS.COM	CUNDINAMARCA	BOGOTA	U [x] R [ ]

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR — CÓDIGO

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [x] NO [ ] 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	

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
		U [ ] R [ ]

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [x] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ] CÓDIGO (5)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ACOSTA	SANTAMARIA	EDWIN	LEONARDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC [x] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]	1.033.792.963		M [x] F [ ]

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CRA 19 G No. 62-46 SUR	3124965040	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CARGO
CUNDINAMARCA	BOGOTA	U [x] R [ ]	AUXILIAR DE REDES Y TELECOMUNICACIONES

OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
	$ 950.000	(1) DIURNA [x] (2) NOCTURNA [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)	DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
		LU [ ] MA [ ] MI [ ] X JU [ ] VI [ ] SA [ ] DO [ ]

JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CÓDIGO
(1) NORMAL [x] (2) EXTRA [ ]	(1) SI [x]	(2) NO [ ] CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)	

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE				
	(1) VIOLENCIA [ ]	(2) TRÁNSITO [ ]	(3) DEPORTIVO [ ]	(4) RECREATIVO O CULTURAL [ ]	(5) PROPIOS DEL TRABAJO [x]

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
(1) SI [ ] (2) NO [x]	CUNDINAMARCA	__/__/__	BOGOTA	U [x] R [ ]

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [x] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)

[ ]	(1) ALMACENES O DEPÓSITOS
[ ]	(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
[ ]	(3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
[ ]	(4) CORREDORES O PASILLOS
[ ]	(5) ESCALERAS
[ ]	(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
[ ]	(7) OFICINAS
[ ]	(8) OTRAS ÁREAS COMUNES
[x]	(9) OTRO. (Especifique)

SÓTANO

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

[ ]	(10) FRACTURA	[ ]	(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
[ ]	(20) LUXACIÓN	[ ]	(80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
[ ]	(25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA	[ ]	(81) ASFIXIA
[ ]	(30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	[ ]	(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
[ ]	(40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	[ ]	(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
[ ]	(41) HERIDA	[ ]	(90) LESIONES MÚLTIPLES
[ ]	(50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	[ ]	(99) OTRO. (Especifique)
[x]	(55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO		
[ ]	(60) QUEMADURA		

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: | **AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL** | **MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE**

	espinal, pélvis)
☑	(3.32) TÓRAX
☐	(3.33) ABDOMEN
☑	(4) MIEMBROS SUPERIORES
☐	(4.46) MANOS
☐	(5) MIEMBROS INFERIORES
☐	(5.56) PIES
☐	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
☐	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS

☐	(3) APARATOS
☐	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
☐	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
☐	(4.4) RADIACIONES
☐	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
☑	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
☐	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
☐	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

☐	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
☐	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
☐	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
☐	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
☑	(9) OTRO. (Especifique) CAÍDA A DISTINTO NIVEL

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

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

El día 5 de mayo del año 2021, siendo las 9:55 am el señor EDWIN ACOSTA identificado con c.c. 1.033.792.963, informa que se encontraba descendiendo del andamio, este descenso fue hecho por un costado del andamio, como se evidencia en la imagen 01, mas no por donde se encontraba la escalera, como se evidencia en la imagen 02, al momento de poner los dos pies sobre la barra horizontal a una altura de 1.20 M del piso, sus pies se resbalan hacia dentro de la plataforma y cae al piso recibiendo un golpe por el costado derecho, luego se levanta y se queda sentado en un carrete, su compañero Jeison panadero informa al personal de seguridad y salud en el trabajo, el cual llego al sitio del evento, se le pregunta al trabajador su estado salud, el trabajador manifiesta dolor en la espalda costado derecho y dolor en el hombro derecho, se le pregunta al trabajador por qué motivo no hizo el descenso por la escalera, a lo que el manifiesta que su compañero Jeison panadero se encontraba por ese constado, (ver versión del señor Jeison panadero en personas que presenciaron el accidente), (imagen 03 ubicación del trabajador), luego se procede a reportar el accidente a la ARL vía telefónica y recibir orientación de atención médica, se indica al trabajador dirigirse a la clínica de ortopedia y accidentes laborales para ser valorado, el diagnóstico de la valoración concluye contusión del hombro, brazo y tórax, a lo cual le asignan 3 días de incapacidad, en la recolección de datos el trabajador Brayan prieto manifiesta a ver visto como se cayó su compañero Edwin , (ver versión del señor Brayan Prieto) en personas que presenciaron el accidente).

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☑ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: BRAYAN MANUEL PRIETO RAMIREZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No: 1.110.563.505
CARGO: AUXILIAR DE INSTALACION DE REDES
DECLARACIÓN: Yo vi que el compañero tenía apoyados los dos pies en la barra horizontal al momento de inclinarse para bajarse se le fueron los dos pies hacia adelante, dentro del andamio cayó al piso. (Se adjunta de version por escrito)
FIRMA:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: JEISSON ALEXANDER PANADERO DELGADO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ 1.016.011.331
CARGO: TECNICO DE REDES VOZ Y DATOS
Me encontraba en la parte exterior del andamio en piso hacia la pared agachado organizando unos cables, de un momento a otro vi que mi compañero cayo al piso, me acerque a ver como estaba y le avise a yamile para que viniera y revisara que habia pasado. (Se adjunta version por escrito)

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: MONTEALEGRE MORENO YAMILE ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No. 28577247
CARGO: COORDINADORA SG-SST
FIRMA:
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE

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

Realizar concientización con el personal enfocada a los actos inseguros para evitar accidentes de trabajo.

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

IMG 01 (DESCENSO DEL TRABAJADOR)



IMG 02 (ESCALERILLA DEL ANDAMIO)



IMG 03 (UBICACIÓN DE JEISSON PANADERO)



VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO LOS 5 PORQUÉs

contusión de torax, hombro y brazo.

Caida a distinto nivel desde andamio

CAUSAS INMEDIATAS ACTO INSEGURO
-Imprudencia: descender por el lado incorrecto del andamio

CAUSAS INMEDIATAS CONDICIÓN INSEGURA
- No se evidencia ya que el sistema acceso contaba con escalerilla para hacer un descenso de forma segura.

CAUSAS BASICAS FACTOR PERSONAL
-Practica insuficiente, contando con la escalerilla, para un descenso correcto,decide bajar por el lado donde no cuenta con una escalera.
-No tuvo interes para evitar la incomodidad de hacer el descenso

CAUSAS BASICAS FACTOR DEL TRABAJO
- No se evidencia ya que el sistema acceso contaba con escalerilla para hacer un descenso de forma segura.
.

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

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
la condición insegura y el factor del trabajo, estan relacionado ya que se cuenta con un sistema de acceso adecuado minimizando el riesgo de caida.	Imprudencia: descender por el lado incorrecto del andamio.	la condición insegura y el factor del trabajo, estan relacionado ya que se cuenta con un sistema de acceso adecuado minimizando el riesgo de caida.	Practica insuficiente, contando con la escalerilla, para un descenso correcto,decide bajar por el lado donde no cuenta con una escalera. -No tuvo interes para evitar la incomodidad de hacer el descenso correcto.

IX. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA					
Leccion aprendida socializaión accidente y plan de mejora a los trabajadores.			x	8/05/2021	28/05/2021			coordinación SST/copasst
Reforzar procedimientos de trabajo en alturas en andamios y escalera tipo tijera (Actividad programada con ARL)			x	20/05/2021	28/05/2021			coordinación SST/copasst/ARL
Incremento en la periodicidad en la supervision de los trabajo en alturas			x	6/05/2021	28/05/2021			coordinación SST/copasst

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA __ /__	FIRMA DOC IDENTIF
ANDRES REYES	REPRESENTANTE LEGAL	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	
JUAN DELGADO	INGENIERO DE OBRA	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	
BILMA PASCUAS	REPRESENTANTE DEL COPASST	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	

OSCAR RIVEROS	PRESIDENTE DEL COPASST	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	
ALFREDO FERNANADEZ	REPRESENTANTE DEL COPASST	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	
EDWIN ACOSTA	TRABADOR	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	EDWIN ACOSTA
CARLOS ARMENTA	COORDINADOR HSEQ ACH	CUDINAMARCA	BOGOTÁ		6/05/2021	8:00 a. m.	CARLOS ARMENTA

REPRESENTANTE LEGAL	**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
ANDRES REYES	79151802

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	**LICENCIA NO**	**EXPEDIDA POR**	**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
YAMILE MONTEALEGRE	25-335	Gobernación de cundinamarca	28577247

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.

FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO
(ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM__ / DD___ / AA___

	FORMATO REPORTE DE EVENTOS	Código: SST-F-57
RETCON		Fecha: Enero 28/2019
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 01
		Página: 1 de 1

FECHA 08-05-2021

NOMBRE Y APELLIDO Edwin Acosta

C.C. 1.033.792.963

CARGO Auxiliar de redes

Accidentado [X] **Testigo** [ ]

Descripción de la situación Y/o evento:

El dia 5 de Mayo del presente año, me encontraba realizando una labor de cableado utilizando como medio de acceso un andamio al bajar de él por un costado al apoyar mis pies sobre un travesaño me resbale y caí al suelo golpeandome el costado derecho de mi cuerpo.

Declaro que lo anteriormente expuesto se ajusta a la verdad

Firma: Edwin Acosta

Huella



Cedula: 1033792963

Escaneado con CamScanner

	FORMATO REPORTE DE EVENTOS	Código: SST-F-57
		Fecha: Enero 28/2019
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 01
		Página: 1 de 1

FECHA 06-05-2021

NOMBRE Y APELLIDO JEISSON A PANADERO

C.C. 1061771331

CARGO TECNICO

Accidentado ☐ **Testigo** ☒

Descripción de la situación Y/o evento:

ME ENCONTRABA EN LA PARTE EXTERIOR DEL ANDAMIO EN PISO HACIA LA PARED AGACHADO ORGANIZANDO UNOS CABLES, DE UN MOMENTO A QUE MI COMPAÑERO CAYO AL PISO, ME ACERQUE A VER COMO ESTABA Y LE AVISO A YAMILE PARA QUE VINIERA Y REVISARA QUE HABIA PASADO.

Declaro que lo anteriormente expuesto se ajusta a la verdad

Firma: _____ **Huella** 

Cedula: 1061771331

Escaneado con CamScanner

	FORMATO REPORTE DE EVENTOS	Código: SST-F-57
		Fecha: Enero 28/2019
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 01
		Página: 1 de 1

FECHA 06 de mayo del 2021

NOMBRE Y APELLIDO Brayan Manuel Prieto Ramirez

C.C. 1110563505

CARGO Auxiliar

Accidentado ☐ **Testigo** ☒

Descripción de la situación Y/o evento: Yo vi que el Compañero tenia apoyados los dos pies en la barra horizontal al momento de inclinarse para bajarse se le fueron los dos pies hacia adelante, dentro del andamio y Cayo al Piso.

Declaro que lo anteriormente expuesto se ajusta a la verdad

Firma: B. M. Prieto

Huella



Cedula: 1110563505.

Escaneado con CamScanner

	Registro de Asistencia	Código:	SST-F-15
		Fecha:	Enero 28/2019
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Versión:	01
		Página:	1 de 1

Proyecto	Lugar	DD	MM	AA
	MEB06.	08	05	2021

Actividad a Realizar		Temas Tratados
Inducción		SOCIALIZACION ACCIDENTE DE TRABAJO LECCIÓN APRENDIDA CON EL PERSONAL. - PROCEDIMIENTOS SEGUROS EN TRABAJO EN ALTURAS ANDAMIOS Y ESCALERAS - PAUSAS ACTIVAS.
Reinducción		
Charla de seguridad		
Reuniones de SST / Operativas		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	N° Cedula. C	Cargo	Firma
1	José Alfredo Fernández	80473019	Tec.	
2	Jorge Barahona	1030603985	Aux	
3	Andres Calderon	1023966719	Aux	
4	Nelson Ramirez	80115567	Aux	
5	Jimmy Varela	1022360480	Tecnico	
6	Edwin Acosta	1033792963	Aux	
7	Camilo Sierra C	1030688347	Aux	
8	Jeisson Fandiños	1160432	Tec	
9	Thayana Marzal	1034311902	Tec	
10	Fabian Gomez	80162725	Tec	
11	Brayan Yamit Prieto R.	1110563505	Aux	
12	Oscar Rivero	79924929	Tecnico lider	
13	Juan Carlos Delgado S.	1049627824	Residente.	
14	Luis Daniel Higuera	1023963221	Aux	
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: CAMILO MONTEALEGRE **Firma:**

Escaneado con CamScanner

	INSPECCIÓN ANDAMIO ESTRUCTURAL	Codigo: SST-F-58
		Versión: 1.1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 02/02/2021
		Pagina: 1 de 1

Responsable: DANIEL HIGUERA

Inspección realizada por: YAMILE MONTEALEGRE

Altura: 2.85M.

Fecha Inspección: 14-05-2021

Tipo de andamio: Multidireccional

Marque con una "X" en la columna de ESTADO la condición encontrada para cada uno de los aspectos evaluados. C=CUMPLE, NC= NO CUMPLE, N/A=NO APLICA

	ASPECTO EVALUADO (USO)	ESTADO			Grado de peligrosidad (ver indicaciones)	OBSERVACIONES
		C	NC	N/A		
1	El andamio es multidireccional	X				
2	Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia	X				
3	Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas	X				
4	El andamio es armado por una persona competente	X				
5	La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	X				
6	El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)			X		
7	Los componentes son compatibles y se encuentran certificados	X				
8	Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas)	X				
9	Las plataforma están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	X				
10	El andamio es armado lejos de líneas eléctricas	X				
11	Cuenta con baranda superior	X				
12	Cuenta con baranda intermedia	X				
13	Cuenta con rodapiés	X				
14	La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada	X				
15	El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo	X				
16	El andamio cuenta con la escalerilla (debidamente asegurada)	X				
17	La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios	X				

SEGUIMIENTO DE HALLAZGOS

HALLAZGO/ COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO / ESTADO

FIRMA INTEGRANTE DEL COPASST

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Escaneado con CamScanner

	INSPECCIÓN ANDAMIO ESTRUCTURAL	Codigo: SST-F-58
		Versión: 1.1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 02/02/2021
		Pagina: 1 de 1

Responsable: JEISON PANADERO.

Inspección realizada por: KAMILE MONTEALEGRE

Altura: 2.85 M.

Fecha Inspección: 14-05-2024

Tipo de andamio: Multidireccional

Marque con una "X" en la columna de ESTADO la condición encontrada para cada uno de los aspectos evaluados. C=CUMPLE, NC= NO CUMPLE, N/A=NO APLICA

	ASPECTO EVALUADO (USO)	ESTADO			Grado de peligrosidad (ver indicaciones)	OBSERVACIONES
		C	NC	N/A		
1	El andamio es multidireccional	X				
2	Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia	X				
3	Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas	X				
4	El andamio es armado por una persona competente	X				
5	La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	X				
6	El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)			X		
7	Los componentes son compatibles y se encuentran certificados	X				
8	Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas)	X				
9	Las plataforma están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	X				
10	El andamio es armado lejos de líneas eléctricas	X				
11	Cuenta con baranda superior	X				
12	Cuenta con baranda intermedia	X				
13	Cuenta con rodapiés	X				
14	La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada	X				
15	El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo	X				
16	El andamio cuenta con la escalerilla (debidamente asegurada)	X				Escalerilla exterior sujeta barra horizontal.
17	La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios	X				

SEGUIMIENTO DE HALLAZGOS

HALLAZGO/ COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO / ESTADO

FIRMA INTEGRANTE DEL COPASST

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Escaneado con CamScanner

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

#OC 4855161

FECHA DEL EVENTO: 20/05/2021 (DD MM AAAA) DURACIÓN: ____ Inicio HORAS: 6 AS Fin

LUGAR: Retcom

TIPO DE PLAN:

NOMBRE DEL EVENTO: Practicas Seguros TSA

PRODUCTO CON EL QUE SE RELACIONA: Cero Accidentes

FACILITADOR: David Alejandro Vega

☐ Domicilio ☐ PDI ☐ PAI ☐ Otro

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO	FIRMA	CÉDULA
1	Retcom S.A.S	Jose Alfredo Pinto	TEC		80473019
2	RETCOM SAS	JESSON PARADEDO	TEC		1016082331
3	Retcom SAS	James Barahona	TEC		4030603485
4	RETCOM S.A.S	Yimmy Varela	TEC		1022500480
5	RETCOM S.AS	Edwin Acosta	TEC	Edwin Acosta	1033792963
6	RETCOM S AS	Camilo JIEEPA	AUX		1030688347
7	RETCOM SAS	Fabian Lemos	TEC	Fabian	80062425
8	Retcom SAS	Andres Calderon	AUX		1023966219
9	Retcom SAS	Luis Higuera	AUX	Luis Higuera	1023963321
10	Retcom	Juan Jay Morzal	tecnico	Juan Jay Morzal	1034311802
11	Retcom SAS	Oscar Rivera	tecnico		79924929
12	Retcom SAS	Brayan Manuel Prieto	AUX	B. Prieto	1110563505
13	RET COM SAS	Nelson Rodriguez	AUX	Nelson Rodriguez	80126567
14	RETCOM S.A.S	YAMILE MONTEALEGRE	COORD. SST		28577247
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

NOMBRE DE QUIEN ELABORA: YAMILE ADRIANA MONTEALEGRE MORENO

CARGO: COORDINADORA SG-SST.

FIRMA

DIVISIÓN DE CAPACITACIÓN
31/03/2016

CESAR OVIDIO PATIÑO VILLA

SEGUROS BOLÍVAR
Tranquilidad para usted y su empresa

A arl

No. 671780

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS a la que está afiliado : EPSSURA	Código EPS : 10	ARL a la que está afiliado : SEGUROS BOLIVAR S.A.	Código ARL : 7
AFP a la que está afiliado es Seguro Social [X] Si [ ] No	Cuál? : COLPENSIONES		Código AFP : 25

I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculador laboral [X] Empleador [ ] Contratante [ ] Cooperativa de Trabajo

Sede Principal

Nombre de la actividad económica : CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS	Código : 4453001	Nombre o razón social : **AIREFLEX DE COLOMBIA SAS**	Tipo de identificación [X]NT [ ]CC [ ]CE [ ]NU [ ]PA [ ]TI No:**860526214**
Dirección : CALLE 21 # 44 - 30	Teléfono : 3410077	Fax :	Correo Electrónico (E-mail) : procesos@aireflex.com
Departamento : BOGOTA Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 1		Zona [X] U [ ] R

Centro de Trabajo Donde Labora el Trabajador

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? [ ] Si [X] No Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo	Nombre actividad económica : CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LOS SERVICIOS DE DRAGADO				Código : 4453001
Dirección : CL 21 44 30	Teléfono : 3410077	Fax :	Departamento : BOGOTA Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 1	Zona [X] U [ ] R

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de Vinculación [X] Planta [ ] Misión [ ] Cooperado [ ] Estudiante o aprendiz [ ] Independiente			Código : 1	Primer y segundo apellido : **PATINO VILLA**	
Primer y segundo nombre : **CESAR OVIDIO**			Tipo de identificación [ ]NT [X]CC [ ]CE [ ]NU [ ]PA [ ]TI [ ]PE No: **98499730**		
Fecha de Nacimiento : 07-03-1968	Sexo [ ] F [X] M	Dirección : carrera 104 a bis 60 59	Teléfono : 3105886391	Fax : 4104300	Departamento : BOGOTA Código : 11
Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001	Zona [X] U [ ] R	Cargo : DUCTERO	Ocupación Habitual : MONTADORES		Código : 882828
Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente DD : 19 MM : 3	Fecha ingreso a la Empresa : 26-01-2021	Salario u honorarios (Mensual) : $1.500.000,00	Jornada de Trabajo habitual [X] Diurna [ ] Nocturna [ ] Mixta [ ] Turnos		

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: **13-05-2021**	Hora del accidente (0-23horas) : 03:00:00:	Día de la semana en el que ocurrió el accidente [ ] Lunes [ ] Martes [ ] Miércoles [X] Jueves [ ] Viernes [ ] Sábado [ ] Domingo		Jornada en que sucede [X] Normal [ ] Extra
¿Estaba realizando su labor habitual? [X] Si [ ] No Cuál? : Código : 882828	Total tiempo laborado previo al accidente HH : 7 MM : 0	Tipo de accidente : [ ] (1)Violencia [ ] (2)Tránsito [ ] (3)Deportivo [ ] (4)Recreativo o cultural [X] (5)Propios del trabajo		
¿Causó la muerte al trabajador? [ ] Si [X] No	Departamento accidente : BOGOTA Código : 11	Municipio accidente : BOGOTA D.C. Código : 1	Zona donde ocurrió el accidente [X] U [ ] R	Lugar donde ocurrió el accidente [ ] Dentro de la empresa [X] Fuera de la empresa

Indique cuál sitio [ ] (1) Almacenes o depósitos [X] (2) Areas de producción [ ] (3) Areas recreativas o deportivas [ ] (4) Corredores o pasillos [ ] (5) Escaleras [ ] (6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular [ ] (7) Oficinas [ ] (8) Otras áreas comunes [ ] (9) Otro

Tipo de Lesión

- [ ] (10) Fractura
- [ ] (20) Luxación
- [ ] (25) Torcedura,esguince, desgarro muscular,hernia o laceracion de músculo o tendón sin herida
- [ ] (30) Conmoción o trauma interno
- [ ] (40) Amputacion o enucleación(exclusión o pérdida del ojo)
- [ ] (41) Herida
- [X] (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- [ ] (55) Golpe o contusión o aplastamiento
- [ ] (60) Quemaduras
- [ ] (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
- [ ] (80) Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente
- [ ] (81) Asfixia
- [ ] (82) Efecto de la electricidad
- [ ] (83) Efecto nocivo de la radiación
- [ ] (90) Lesiones múltiples
- [ ] (99) Otro

Especifique :

Parte del cuerpo aparentemente afectada

- [ ] (1) Cabeza
- [X] (1.12) Ojo
- [ ] (2) Cuello
- [ ] (3) Tronco(incluye espalda, columna vertebral,médula espinal,pelvis)
- [ ] (3.32) Tórax
- [ ] (3.33) Abdómen
- [ ] (4) Miembros superiores
- [ ] (4.46) Manos
- [ ] (5) Miembros inferiores
- [ ] (5.56) Pies
- [ ] (6) Ubicaciones múltiples
- [ ] (7) Lesiones generales u otras

Agente del Accidente(con qué se lesionó el trabajador)

- [ ] (1) Máquinas y/o equipos
- [ ] (2) Medios de transporte
- [ ] (3) Aparatos
- [ ] (3.36)Herramientas,implementos ó utensilios
- [ ] (4) Materiales o sustancias
- [ ] (4.4) Radiaciones
- [ ] (5) Ambiente de trabajo(incluye superficie de tránsito y de trabajo,muebles,tejados,en el exterior interior o subterraneos)
- [X] (6) Otros agentes no clasificados
- [ ] (6.61)Animales(vivos o productos animales)
- [ ] Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismo o forma del accidente

- [ ] (1) Caida de personas
- [ ] (2) Caida de objetos
- [ ] (3) Pisadas, choques o golpes
- [ ] (4) Atrapamientos
- [ ] (5)Sobreesfuerzo,esfuerzo excesivo o falso movimiento
- [ ] (6) Exposición o contacto con temperatura extrema
- [ ] (7) Exposición o contacto con la electricidad
- [X] (8) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
- [ ] (9) Otro

Especifique :

IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Describa detalladamente dentro de la información del accidente que lo originó o causó y los demás aspectos relacionados con el accidente:
TRABAJADOR SE ENCONTRABA CORTANDO UNA VARILLA Y LE ENTRA UNA ESQUIRLA EN EL OJO IZQUIERDO

Personas que Presenciaron el Accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente? [ ] Si [X] No En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación [ ]NT [ ]CC [ ]CE [ ]NU [ ]PA [ ]TI No: 0	Cargo :
Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación [ ]NT [ ]CC [ ]CE [ ]NU [ ]PA [ ]TI No: 0	Cargo :

Persona responsable del informe : (Representante o Delegado)

Apellidos y nombres completos : LEIDY CAROLINA PARRA	Tipo de identificación [ ]NT [X]CC [ ]CE [ ]NU [ ]PA [ ]TI No: 1023903599	Cargo : INSPECTOR HSEQ

Fecha de diligenciamiento : 15-05-2021 12:00:00 AM

aireflex	REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	FR13-24
	Porceso: GESTIÓN HSEQ	VERSIÓN 04

TIPO DE EVENTO — INCIDENTE [ ] — ACCIDENTE LEVE [X] — ACCIDENTE GRAVE [ ] — ACCIDENTE MORTAL [ ]

INFORME DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES LABORALES

I. INFORMACION DE LA INVESTIGACION

FECHA DE LA INVESTIGACION	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
25 May 2021	CUNDINAMARCA	BOGOTA	CRA 56 # 22 - 96

HORA EN LA QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: DE 1 0 [ ] Am [✓] Pm — 0 3 [ ] Am [✓] Pm

II. INFORMACION DE LA EMPRESA

CODIGO DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
4453001	AIREFLEX DE COLOMBIA SAS		
NIT. N° 8 6 0 5 2 6 2 1 4 - 8	DIRECCION PRINCIPAL	CALLE 21 # 44 -30	ZONA: [ ] Urbana [ ] Rural
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D,C	TELEFONO	2958548 EXT 117	
MUNICIPIO: BOGOTÁ D,C	CORREO ELECTRONICO	procesos@aireflex.com	

III. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

TIPO DE VINCULACIÓN: [✓] Planta [ ] Misión [ ] Cooperado [ ] Estudiante o Aprendiz [ ] Independiente

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PATIÑO	VILLA	CESAR	OVIDIO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	EDAD
C.C	98,499,730	7 Mar 1968	[✓] Masculino [ ] Femenino	
DIRECCIÓN	CRA 104 A BIS # 60 -59 SUR	EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	SURA	
TELEFONO	3105886391	AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	Colpensiones - I.S.S.	
CORREO ELECTRONICO	OBIDIOPAO07@GMAIL.COM	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	Bolivar	
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: BOGOTA	CARGO	DUCTERO	
ZONA: [✓] Urbana [ ] Rural		OCUPACIÓN HABITUAL	DUCTERO	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		AREA DE TRABAJO		
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL		
SALARIOS U HONORARIOS		[✓] Diurno [ ] Nocturno [ ] Mixto [ ] Turnos		

IV. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE LABORAL

FECHA DE OCURRENCIA	HORA	LUGAR
13 May 2021	0 11 [ ] Am [✓] Pm	PLANTA

DIA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIO EL EVENTO: [ ] L [ ] M [ ] M [✓] J [ ] V [ ] S [ ] D

EL TRABAJADOR ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa): [✓] SI [ ] No — CUAL:

JORNADA EN LA QUE SUCEDE: [✓] Normal [ ] Extra

TIPO DE ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique): [ ] Violencia [ ] Deportivo [✓] Propósitos del trabajo [ ] Tránsito [ ] Recreativo/Cutural

LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE: [✓] Dentro de la empresa [ ] Fuera de la empresa [ ] Otra empresa

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	TIEMPO LABORADO PREVIO AL AT
CUNDINAMARCA	BOGOTA	[✓] Urbana [ ] Rural	HORAS 7 MINUTOS

¿EL TRABAJADOR RECIBIÓ INDUCCION AL CARGO EN SST?	[✓] SI [ ] No	IPS QUE ATENDIO AL ACCIDENTADO	
¿EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS?	[✓] SI [ ] No		
¿HABÍAN OCURRIDO EVENTOS SIMILARES ANTERIORMENTE?	[ ] SI [✓] No	NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE LABORAL	
¿SE HAN PRESENTADO OTROS ACCIDENTES EN EL ÁREA DE TRABAJO?	[ ] SI [✓] No		
¿SE HABÍA CONSIDERADO ESTA CONDICIÓN COMO PRIORITARIA EN EL PANORAMA DE RIESGOS?	[ ] SI [✓] No	¿EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO EN OTROS ACCIDENTES LABORALES ANTERIORES?	[ ] SI [✓] No
¿EL EVENTO SIMILAR FUE INVESTIGADO?	[✓] SI [ ] No	N/A	
OTRAS CAPACITACIONES QUE EL TRABAJADOR HALLA RECIBIDO?			

V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE LABORAL

DESCRIBA LA TAREA QUE DESARROLLABÁ EL TRABAJADOR EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE LABORAL:

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO SU ACTIVIDAD HABITUAL ARMADO DE DUCTOS, CORTE DE VARILLAS ROSCADORAS, INSTALACION DE DUCTERIA DE AIRE ACONDICIONADO Y CALEFACCION.

DESCRIBA LA FORMA COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE LABORAL:

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA CORTANDO UNA VARILLA ROSCADA CON LA PULIDORA Y CUANDO ESTABA REALIZANDO ESTE CORTE SINTIO QUE ALGO LE GOLPEO EL OJO IZQUIERDO PERO AUN ASI SIGUIO CON SU ACTIVIDAD LUEGO DE UNA HORA SE ACERCA A SU ENCARGADO Y LE COMUNICA QUE SIENTE MALESTAR EN EL OJO, ESTE LO REMITE A SU INSPECTORA DE SEGURIDAD, Y ELLA A SU VEZ LE REVISA EL OJO Y DETERMINA QUE SE DEBE HACER EL REPORTE DE ACCIDENTE, AL REALIZAR EL REPORTE DE ACCIDENTE ES REMITIDO A LA CLINICA DEL OJO DONDE LO REVISAN Y LE ENCUENTRAN DOS ESQUIRLAS DE RESIDUOS DE LA VARILLA ROSCADA, LO ANESTECIAN Y LE RETIRAN LAS ESQUILAS ENCRUSTADAS LES RECETAN UNAS GOTAS Y LO INCAPACITAN DOS DIAS.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

N/A

424

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA
APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA

VI. REGISTRO FOTOGRÁFICO [Anexar]





VII. ANÁLISIS DEL ACCIDENTE LABORAL (Según Norma ANSI Z 16.2)

CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE LABORAL

N°	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
1	NATURALEZA DEL ACCIDENTE		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA		
3	MECANISMO O FUENTE DEL ACCIDENTE		
4	AGENTE DEL ACCIDENTE		

ANÁLISIS DE CAUSALIDAD

	CAUSAS DIRECTAS O INMEDIATAS	CÓDIGO
CONDICIONES INSEGURAS O SUBESTANDAR	Uso de métodos o procedimientos de por sí peligrosos	
	Métodos o procedimiento peligrosos, no especificados en otra parte	
ACTOS INSEGUROS O SUBESTANDAR	Uso del material o equipo de una manera para la cual no está indicado	
	Agarrar los objetos inseguramente	
	CAUSAS INDIRECTAS O BÁSICAS	**CÓDIGO**
FACTORES DE TRABAJO	Evaluación deficiente de la condición conveniente para operar	
	Manejo inadecuado de los materiales	
FACTORES PERSONALES	Ordenes mal interpretadas	

VIII. HERRAMIENTA PARA EL ANALISIS DE CAUSAS (5W -2H)

1. ¿QUE?	PASO UN ACCIDENTE DE TRABAJO, PROPIOS DE LA ACTIVIDAD HABITUAL
2. ¿PORQUÉ?	ESTE SUCESO PASA YA QUE EL TRABAJADOR NO TENIA LAS GAFAS ADECUADAS PARA EL CORTE, NI LA POSTURA NI EN EL SITIO ADECUADO PARA EL CORTE.
3. ¿QUIEN?	EL TRABAJADOR CESAR OBIDIO PATIÑO DE LA EMPRESA AIREFLEX DE COLOMBIA
4. ¿DONDE?	EN LAS INSTALACIONES DE LA OBRA MEBOG EN EL SOTANO DEBAJO DE LA PLAZOLETA EJE 30
5. ¿CUANDO?	SUCEDE EL DIA JUEVES 13 DE MAYO DE 2021
6. ¿COMO?	EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA CORTANDO UNAS VARILLAS ROSCADAS PARA LA SOPORTERIA DE LOS DUCTOS Y LE CAYO UNA ESQUILA DE LA MISMA EN EL OJO IZQUIERDO CAUSANDOLE IRRITACION Y DOLOR
7. ¿CUANTO?	

IX. PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS Y SEGUIMIENTO

SOBRE CAUSAS INMEDIATAS	TIPO	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	F	M	T		FECHA DE REALIZACIÓN		
	☐ CORRECTIVO ☑ PREVENTIVO	CHARLA DE USO CORRECTO DE EQUIPO Y DE PROCEDIMIENTO ADECUADO			X	INSPECTORA SST	1	Jun	2021
	☑ CORRECTIVO ☐ PREVENTIVO	INSPECCION DE EQUIPOS	X			INSPECTORA SST	1	Jun	2021
	☐ CORRECTIVO ☐ PREVENTIVO	INSPECCION AREA LOCATIVA			X	INSPECTORA SST	1	JUN	2021

FECHA DE VERIFICACIÓN			ESTADO DE LA ACCIÓN	AJUSTES U OBSERVACIONES

SOBRE CAUSAS BÁSICAS	TIPO	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	F	M	T		FECHA DE REALIZACIÓN		
	☐ CORRECTIVO ☐ PREVENTIVO	LLAMADA DE ATENCION			X	INSPECTOR SST	1	Jun	2021
	☐ CORRECTIVO ☐ PREVENTIVO	CAPACITACION USO ADECUADO DE EPPY AUTOCUIDADO			X	INSPECTOR SST	1	Jun	2021
	☐ CORRECTIVO ☐ PREVENTIVO						Día	Mes	Año

FECHA DE VERIFICACIÓN			ESTADO DE LA ACCIÓN	AJUSTES U OBSERVACIONES
Día	Mes	Año		
Día	Mes	Año		
Día	Mes	Año		

X. DATOS DEL EQUIPO INVESTIGADOR

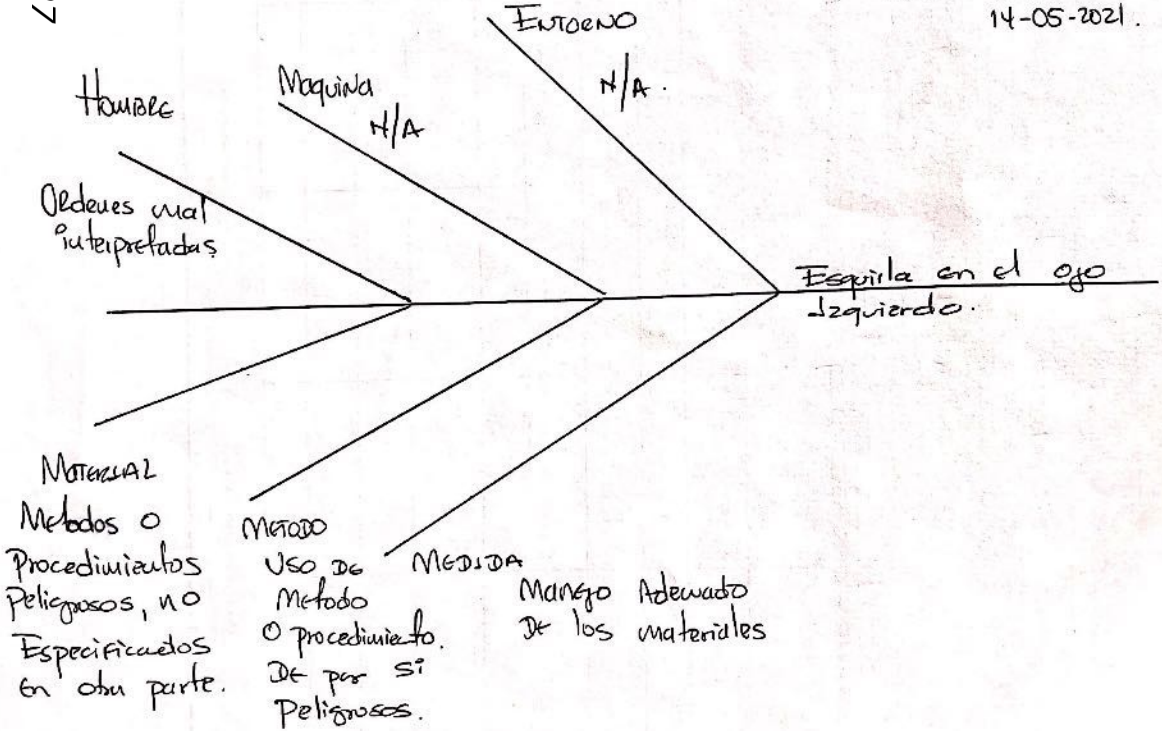
Edwin Sanchez.
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR
CARGO: Coordinador.
IDENTIFICACIÓN: 79.996.802
FIRMA: Edwin Sanchez

Edwin Sanchez.
NOMBRE DEL REPRESENTANTE COPASST
CARGO: Coordinador.
IDENTIFICACIÓN: 79.996.802.
FIRMA: Edwin Sanchez.

Clara Inés Rojas
NOMBRE DEL ENCARGADO HSEQ PROYECTO
CARGO: Inspectora SST.
IDENTIFICACIÓN: 52.924.840 bta.
FIRMA: Clara Rojas.

Leidy C. Parra.
NOMBRE PROFESIONAL CON LICENCIA S.O.
CARGO: Representante SGSST.
IDENTIFICACIÓN: 1023903599.
FIRMA: Leidy Parra.

CESAR OBDULIO PATIÑO.
14-05-2021.



SOLORZANO TORRES EDWAR ANDRES

SEGUROS BOLÍVAR
Tranquilidad para usted y su empresa

A arl

No. 567115

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS a la que está afiliado : SALUD TOTAL E.P.S	Código EPS : 2	ARL a la que está afiliado : SEGUROS BOLIVAR S.A.	Código ARL : 7
AFP a la que está afiliado es Seguro Social ☐ Si ☒ No	Cuál? : PORVENIR		Código AFP : 3

I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculador laboral ☐ Empleador ☒ Contratante ☐ Cooperativa de Trabajo

Sede Principal

Nombre de la actividad económica : EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS C	Código : 5701001	Nombre o razón social : **CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANO**	Tipo de identificación ☒NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:**901238177**
Dirección : CRA 14 # 86 A 76	Teléfono : 3145944911	Fax :	Correo Electrónico (E-mail) : mebog2019@gmail.com
Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001		Zona ☒ U ☐ R

Centro de Trabajo Donde Labora el Trabajador

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ Si ☒ No Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo			Nombre actividad económica : EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS C		Código : 5701001
Dirección : CARRERA 14 86 A 76	Teléfono : 3145944911	Fax :	Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001	Zona ☒ U ☐ R

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de Vinculación ☒ Planta ☐ Misión ☐ Cooperado ☐ Estudiante o aprendiz ☐ Independiente			Código : 1	Primer y segundo apellido : **SOLORZANO TORRES**	
Primer y segundo nombre : **EDWAR ANDRES**			Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI ☐ PE No: **1000221700**		
Fecha de Nacimiento : 06-08-1986	Sexo ☐ F ☒ M	Dirección : CRA 10H ESTE #21- 59 SUR	Teléfono : 3410077	Fax :	Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11
Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001	Zona ☒ U ☐ R	Cargo : AYUDANTE DE PLANTA	Ocupación Habitual : OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCION (OBRA GRUESA) Y		Código : 771712
Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente DD : 14 MM : 3	Fecha ingreso a la Empresa : 05-02-2021	Salario u honorarios (Mensual) : $908.526,00	Jornada de Trabajo habitual ☒ Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☐ Turnos		

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: **14-05-2021**	Hora del accidente (0-23horas) : 04:20	Día de la semana en el que ocurrió el accidente ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☒ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo	Jornada en que sucede ☒ Normal ☐ Extra
¿Estaba realizando su labor habitual? ☒ Si ☐ No Cuál? : Código : 771712	Total tiempo laborado previo al accidente HH : 6 MM : 30	Tipo de accidente : ☐ (1)Violencia ☐ (2)Tránsito ☐ (3)Deportivo ☐ (4)Recreativo o cultural ☒ (5)Propios del trabajo	
¿Causó la muerte al trabajador? ☐ Si ☒ No	Departamento accidente : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio accidente : BOGOTA D.C. Código : 1	Zona donde ocurrió el accidente ☒ U ☐ R
Lugar donde ocurrió el accidente ☒ Dentro de la empresa ☐ Fuera de la empresa			

Indique cuál sitio ☐ (1) Almacenes o depósitos ☒ (2) Areas de producción ☐ (3) Areas recreativas o deportivas ☐ (4) Corredores o pasillos ☐ (5) Escaleras ☐ (6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular ☐ (7) Oficinas ☐ (8) Otras áreas comunes ☐ (9) Otro

Tipo de Lesión

☐ (10) Fractura	☐ (40) Amputacion o enucleación(exclusión o pérdida del ojo)	☐ (60) Quemaduras	☐ (82) Efecto de la electricidad
☐ (20) Luxación	☐ (41) Herida	☐ (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia	☐ (83) Efecto nocivo de la radiación
☐ (25) Torcedura,esguince, desgarro muscular,hernia o laceracion de músculo o tendón sin herida	☒ (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	☐ (80) Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente	☐ (90) Lesiones múltiples
☐ (30) Conmoción o trauma interno	☐ (55) Golpe o contusión o aplastamiento	☐ (81) Asfixia	☐ (99) Otro Especifique : null

Parte del cuerpo aparentemente afectada

☐ (1) Cabeza	☐ (3) Tronco(incluye espalda, columna vertebral,médula espinal,pelvis)	☐ (3.32) Tórax	☐ (4) Miembros superiores	☐ (5) Miembros inferiores	☐ (6) Ubicaciones múltiples
☒ (1.12) Ojo		☐ (3.33) Abdómen	☐ (4.46) Manos	☐ (5.56) Pies	☐ (7) Lesiones generales u otras
☐ (2) Cuello					

Agente del Accidente(con qué se lesionó el trabajador)	Mecanismo o forma del accidente
☐ (1) Máquinas y/o equipos	☐ (1) Caida de personas
☐ (2) Medios de transporte	☐ (2) Caida de objetos
☐ (3) Aparatos	☐ (3) Pisadas, choques o golpes
☐ (3.36)Herramientas,implementos ó utensilios	☐ (4) Atrapamientos
☒ (4) Materiales o sustancias	☐ (5)Sobreesfuerzo,esfuerzo excesivo o falso movimiento
☐ (4.4) Radiaciones	☐ (6) Exposición o contacto con temperatura extrema
☐ (5) Ambiente de trabajo(incluye superficie de tránsito y de trabajo,muebles,tejados,en el exterior interior o subterraneos)	☐ (7) Exposición o contacto con la electricidad
☐ (6) Otros agentes no clasificados	☐ (8) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
☐ (6.61)Animales(vivos o productos animales)	☒ (9) Otro
☐ Agentes no clasificados por falta de datos	Especifique :

IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Describa detalladamente dentro de la información del accidente que lo originó o causó y los demás aspectos relacionados con el accidente:
EL VIERNES 14 DE MAYO DE 2021, SIENDO LAS 4:30 DE LA TARDE, SE ENCONTRABA EL TRABAJADOR DEMOLIENDOCONCRETO EN EL SEGUNDO PISO DEL AUDITORIO, EN EL FOSO DEL ASCENSOR, CUANDO UNA ESQUIRLA LE CAYÓ EN EL OJO IZQUIERDO.

Personas que Presenciaron el Accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ Si ☒ No En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :
Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :

Persona responsable del informe : (Representante o Delegado)

Apellidos y nombres completos : MONICA AMAYA ORTEGA	Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No: 28411671	Cargo : RESIDENTE DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

Fecha de diligenciamiento : 20-05-2021 07:42:08 AM

REPORTE UNIFICADO DE ACCIDENTE

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Fecha	Página
1/10/2019	1 de 1
Versión 00	
Código del Documento	
FT-SST-004	

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE [ ] ACCIDENTE DE TRABAJO [X] LEVE [X] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

ENFERMEDAD LABORAL [ ] LEVE [ ] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
25 / 5 / 2021	D.C	BOGOTA	CRA 56 No. 22-96

HORA EN LA QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: DE 2:00 AM [ ] PM [ ] A 4:30 AM [ ] PM [ ]

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: ING.MONICA AMAYA ORTEGA

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: TERMINO INDEFINIDO

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Empresas dedicadas a actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados incluye solamente a empresas dedicadasa acondicionamiento de terrenos

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	NIT [X] CC [ ] CE [ ] N.U [ ] PA [ ]	901238177

DIRECCION	TELÉFONO	FAX
CARRERA 56 No. 22-96	3145944911	

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
ing.monica@hotmail.com	D.C.	BOGOTA	U [X] R [ ]

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [X] NO [ ] — SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	Empresas dedicadas a actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados incluye solamente a empresas dedicadasa acondicionamiento de terrenos	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	5701001

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CARRERA 56 No. 22-96		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
D.C.	BOGOTA	U [ ] R [ ]

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE, ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [X] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ]

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SOLORZANO	TORRES	EDWAR	ANDRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]	1000221700	6 / 8 / 1986	M [X] F [ ]

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO
SALUD TOTAL	PORVENIR	ARL BOLIVAR

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CELULAR
CRA 10H ESTE #21'59 SUR		3112978025

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CARGO
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	U [X] R [ ]	AYUDANTE

CORREO ELECTRONICO DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO (CONTRATACION)	SALARIO (MENSUAL)	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
5 / 2 / 2021	$ 908.526	6:45	(1) DIURNA [X] (2) NOCTURNA [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

FECHA	HORA	DÍA DE LA SEMANA
14 / 5 / 2021	4:30	DÍA LU [ ] MA [ ] MI [ ] JU [ ] VI [X] SA [ ] DO [ ]

JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		
NORMAL [X] EXTRA [ ]	SI [X] NO [ ]	CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)	

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL EVENTO	TIPO DE EVENTO				
0 7 5 9	VIOLENCIA [ ]	TRÁNSITO [ ]	DEPORTIVO [ ]	RECREATIVO O CULTURAL [ ]	PROPIOS DEL TRABAJO [X]

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA	ZONA DONDE OCURRIÓ EL EVENTO
SI [ ] NO [X]	CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	__/__/__	U [X] R [ ]

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	DENTRO DEL PROYECTO [X]	FUERA DEL PROYECTO [ ]

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)	
	(1) ALMACENES O DEPÓSITOS
X	(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
	(3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
	(4) CORREDORES O PASILLOS
	(5) ESCALERAS
	(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
	(7) OFICINAS
	(8) OTRAS ÁREAS COMUNES
	(9) OTRO. (Especifique)

TIPO DE LESION (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)			
	(10) FRACTURA		(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
	(20) LUXACIÓN		
	(25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA		(80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
	(30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO		(81) ASFIXIA
	(40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)		(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
	(41) HERIDA		(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
X	(50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)		(90) LESIONES MÚLTIPLES
	(55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO		(99) OTRO. (Especifique)
	(60) QUEMADURA		

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	
	(1) CABEZA
X	(1.12) OJO
	(2) CUELLO
	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
	(3.32) TÓRAX
	(3.33) ABDOMEN
	(4) MIEMBROS SUPERIORES
	(4.46) MANOS
	(5) MIEMBROS INFERIORES
	(5.56) PIES
	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	
	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE
	(3) APARATOS
	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O
X	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
	(4.4) RADIACIONES
	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
	(1) CAÍDA DE PERSONAS
	(2) CAÍDA DE OBJETOS
	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
	(4) ATRAPAMIENTOS
	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
X	(9) OTRO. (Especifique) ESQUIRLA EN EL OJO IZQUIERDO

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE, ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

DESCRIBA DETALLADAMENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

EL VIERNES 14 DE MAYO DE 2021, SIENDO LAS 4:30 DE LA TARDE, SE ENCONTRABA EL TRABAJADOR DEMOLIENDOCONCRETO EN EL SEGUNDO PISO DEL AUDITORIO, EN EL FOSO DEL ASCENSOR, CUANDO UNA ESQUIRLA LE CAYÓ EN EL OJO IZQUIERDO.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL.

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL EVENTO?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIG. INFORMACIÓN.
		X	

APELLIDOS:
NOMBRES:
CARGO:
DECLARACIÓN:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | CE | N.U | TI | PA
No:
FIRMA:

APELLIDOS:
NOMBRES:
CARGO:
DECLARACIÓN:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | CE | N.U | TI | PA
No:
FIRMA:

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS: AMAYA ORTEGA
NOMBRES: MÓNICA
CARGO: RESIDENTE SST Y MANEJO AMBIENTAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | CE | N.U | TI | PA
No. 28411671
FIRMA: CONSORCIO SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL OBRA MEBOG NIT:901238177-6
RESIDENTE SST
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 25 | 5 | 2021

VI. OBSERVACIONES