RODRIGO ZAPATA Ingeniero Civil	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Informe Final de Actividades

RODRIGO ADOLFO ZAPATA CEDEÑO

PROYECTO U OBJETIVO

"REPARACIONES LOCATIVAS EN LA INFRAESTRUCTURA DEL CUARTO FRÍO, DONDE SE ALMACENAN LAS VACUNAS E INSUMOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES"

INFORME PARCIAL DE ACTIVIDADES

PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Rodrigo Ariel Correa Martínez
LPSST – 258-15

Manizales, octubre 03 de 2023

RODRIGO ZAPATA Ingeniero Civil	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Informe Final de Actividades

INFORME PARCIAL ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVO: "REPARACIONES LOCATIVAS EN LA INFRAESTRUCTURA DEL CUARTO FRÍO, DONDE SE ALMACENAN LAS VACUNAS E INSUMOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES."

PERIODO: Del 04 de septiembre al 03 de octubre de 2023.

REQUERIMIENTO	DESCRIPCION
ELEMENTOS BASICOS	**Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo** - Seguimiento a las políticas y Reglamento de H&S. - Elaboración de informe de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Verificación de la señalización en general. - Cumplimiento de normas mínimas de Seguridad. - Cumplimiento de uso de los EPPCC. - Comité de evaluación y valoración. **Seguridad Social** - Todo el personal del **LINNEAL CONSTRUYE & REMODELA** se encuentra afiliado al sistema integral de seguridad social. **Seguridad y Salud en el Trabajo** - Se verifica que todos los trabajadores se encuentren con la certificación al día de Trabajo Seguro en Alturas (si se requiere). **Personal total de Obra** **Personal administrativo: 2** - Contratista 1 - Profesional SST 1 - Residente de Obra **Personal operativo:** - Maestro de obra 1 - Almacenista - Oficiales 1 - Ayudantes 2 **Personal total de Obra: 4**

RODRIGO ZAPATA Ingeniero Civil	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Informe Final de Actividades

MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	- Se realiza recorrido por las áreas de la obra. - Se imparte formación en conocimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Registro de condiciones diarias de salud. - Durante el periodo NO se presentó ausentismo por accidente laboral ni enfermedad común. - Cabe mencionar que ocurrió un accidente biológico el cual fue reportado a la ARL, pero no requirió de incapacidad. - Se realiza igualmente la investigación del accidente biológico.
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	**Inspecciones de Seguridad** Se realizan inspecciones de seguridad en las áreas de trabajo verificando el comportamiento de los trabajadores en la ejecución de las actividades y el uso de los EPP de manera adecuada: - Inspección elementos de protección personal. Se mantiene el acompañamiento en las diferentes actividades programadas: - Verificación de los elementos a utilizar. - Verificación de herramientas. - Verificación EPP. **Delimitación y señalización** Se realiza señalización y delimitación de las áreas de trabajo de acuerdo a las normas y requerimientos de la obra, para lo cual se debe disponer de: - Cinta preventiva y de delimitación y avisos de prevención y precaución. **Orden y Aseo** Se realiza permanentemente limpieza y orden en todas las áreas. Cabe resaltar la higiene que se mantiene en las baterías sanitarias. **Accidentalidad y Ausentismo Laboral** NO Se presentó accidente laboral durante el período Se presenta 1 accidente biológico **<u>Acumulado</u>** Accidentes de trabajo: 0 Días de incapacidad: 0
	Se tiene conocimiento del punto de encuentro, rutas de evacuación y sistema de alarma.

PLAN DE EMERGENCIAS	- Estar atentos a los posibles simulacros de evacuación programados. - Mapa de evacuación.
PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD	Se mantienen los protocolos de Bioseguridad de acuerdo a la nueva normativa informada por el Ministerio de la Salud y Protección Social. **Inducciones y Capacitaciones**
OTRAS ACTIVIDADES	- Se realiza inducción y/o reinducción. - Se realiza charla sobre orden y aseo. - Se realiza charla sobre accidente e incidente laboral. - Se recalca la importancia de recibir la formación de las charlas de seguridad que debe ser de manera obligatoria y participativa por parte de todo el personal sin excepción alguna. - Realización de las Pausas Activas como cultura empresarial. - En obra reposa carpeta con las afiliaciones a la seguridad social y certificados de alturas. Y la carpeta de Salud Ocupacional con los siguientes documentos: Programa de SST. Registros de inducciones. Registro de condiciones diarias de salud. Asistencia a formación.

Anexos:

- Uso de EPP.
- Señalización.
- Publicación de Políticas firmadas y socializadas.
- Publicación de Reglamento de Higiene y Seguridad firmado y socializado.

RODRIGO ZAPATA
Ingeniero Civil

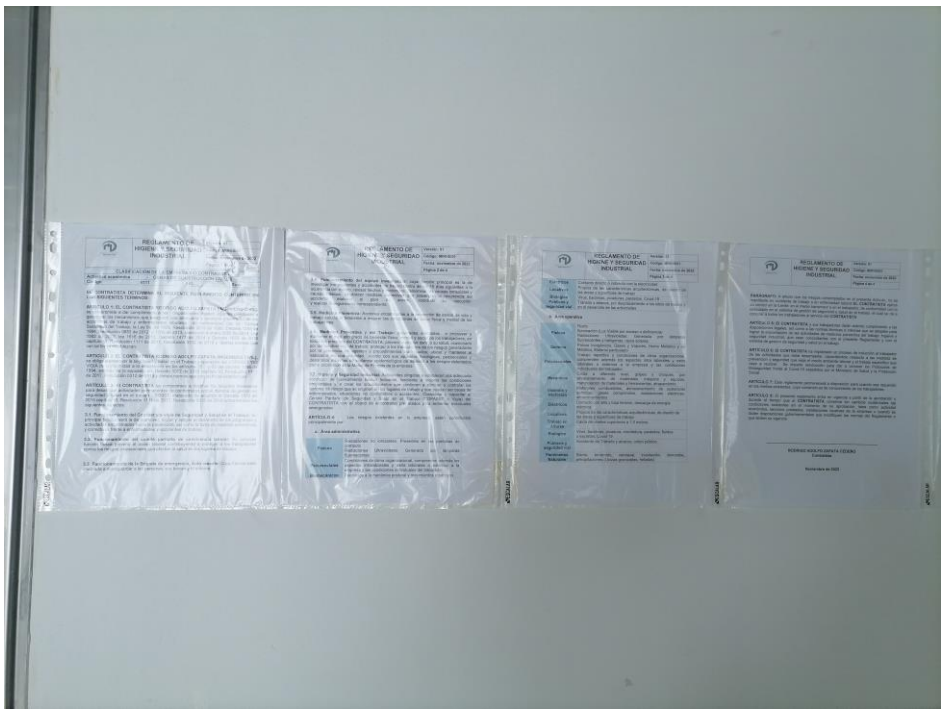
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Informe Final de Actividades

REGISTRO FOTOGRAFICO



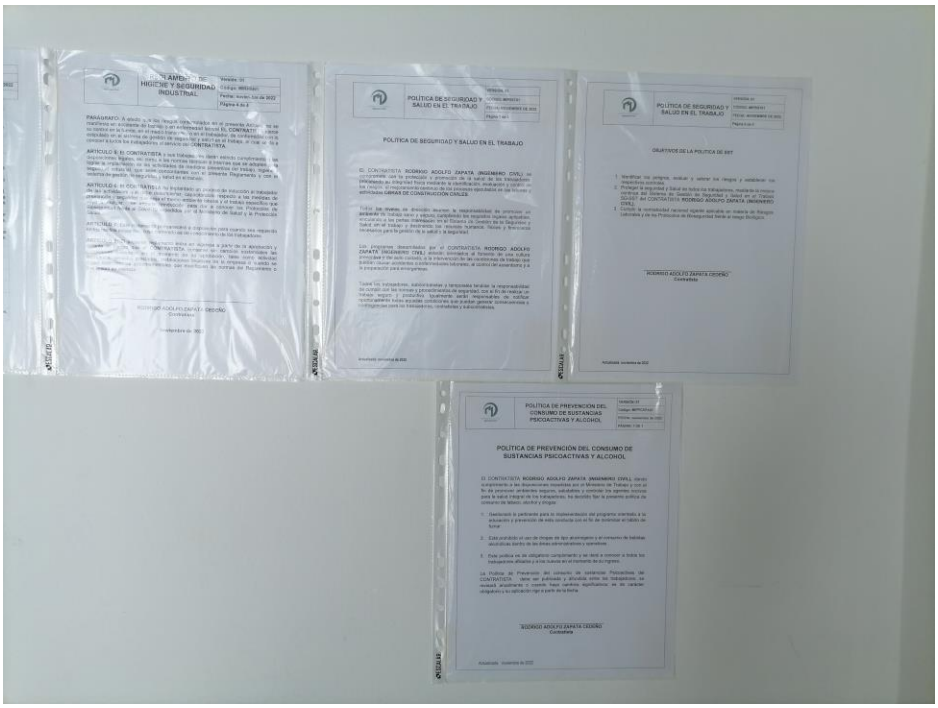
SEÑALIZACIÓN



RODRIGO ZAPATA
Ingeniero Civil

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Informe Final de Actividades



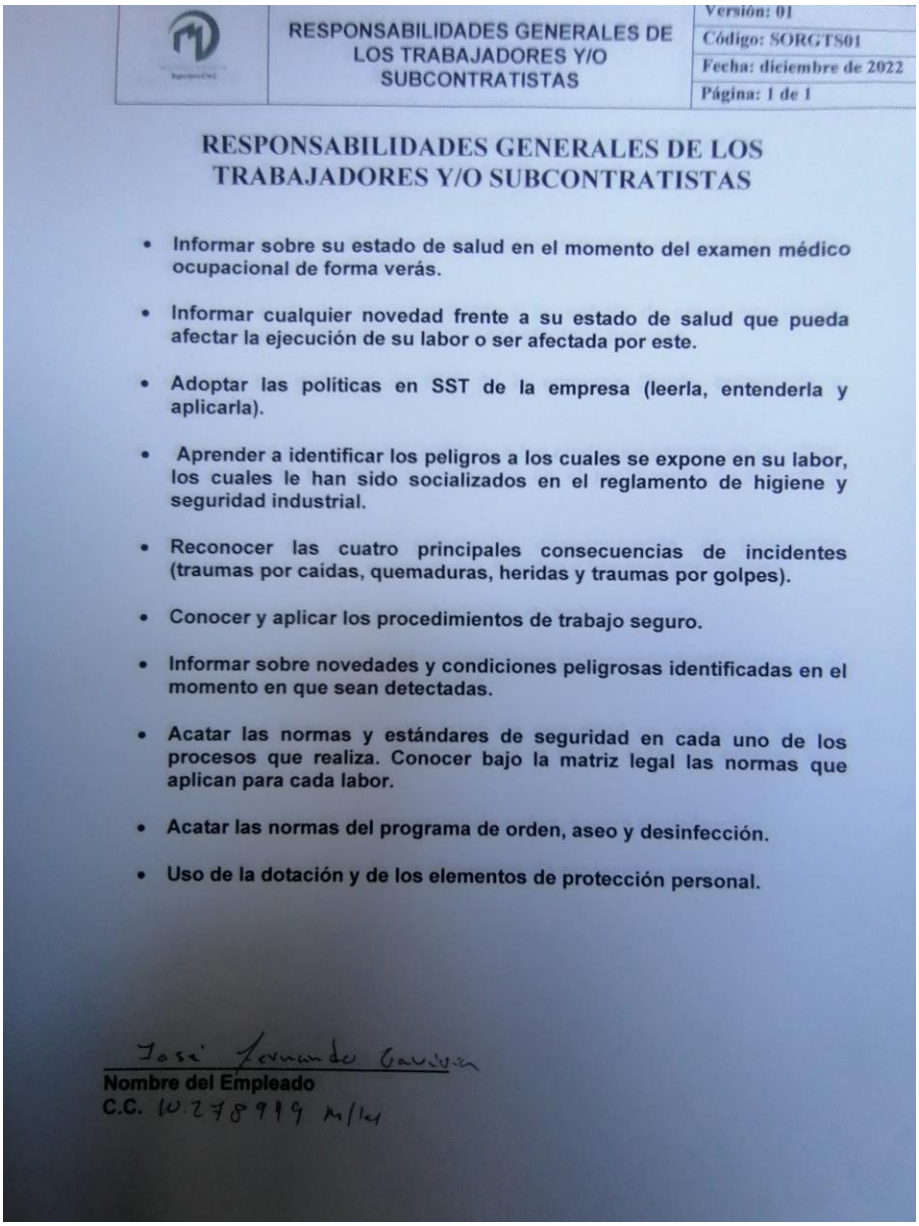


SEÑALIZACIÓN



DEMARCACIÓN

INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN



RESPONSABILIDADES GENERALES DE LOS TRABAJADORES Y/O SUBCONTRATISTAS

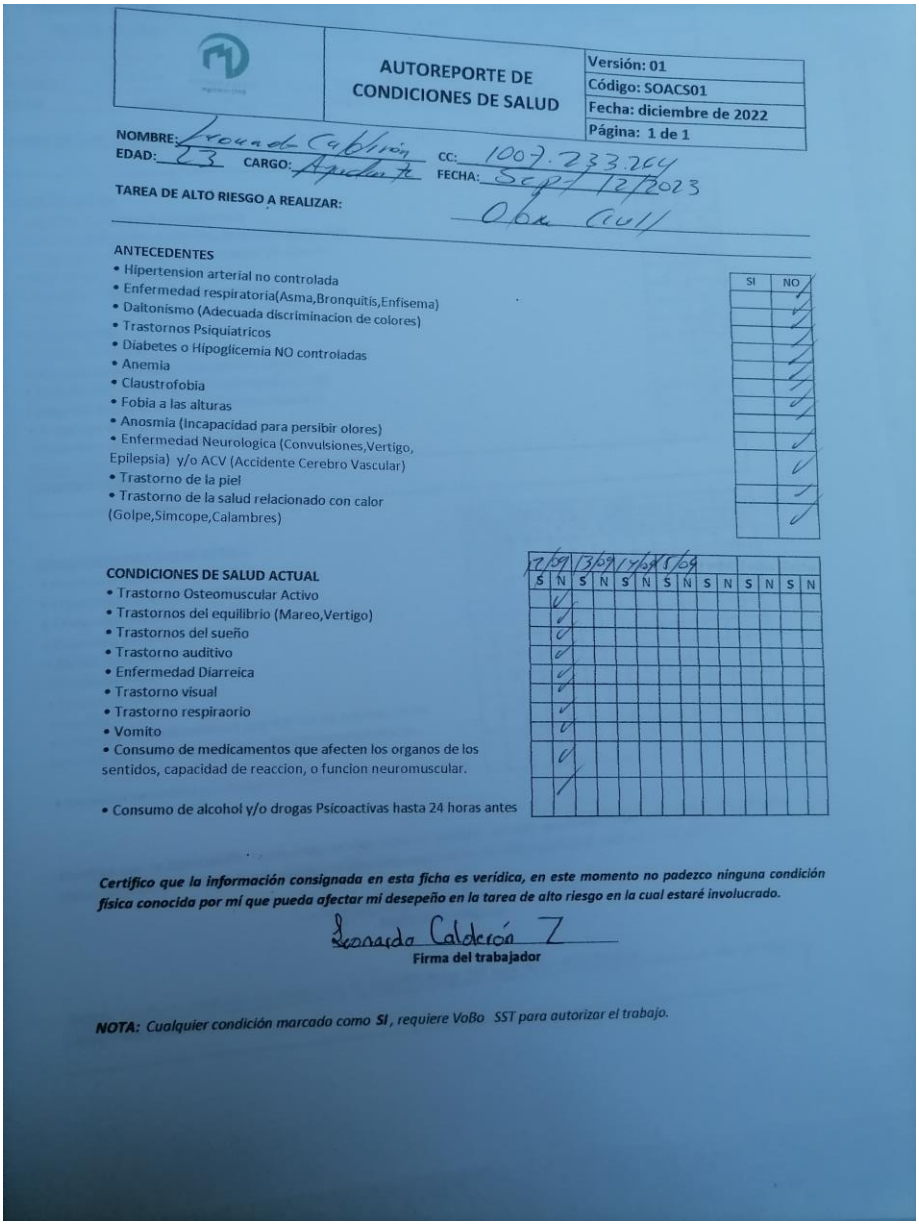
Versión: 01
Código: SORGTS01
Fecha: diciembre de 2022
Página: 1 de 1

RESPONSABILIDADES GENERALES DE LOS TRABAJADORES Y/O SUBCONTRATISTAS

- Informar sobre su estado de salud en el momento del examen médico ocupacional de forma verás.
- Informar cualquier novedad frente a su estado de salud que pueda afectar la ejecución de su labor o ser afectada por este.
- Adoptar las políticas en SST de la empresa (leerla, entenderla y aplicarla).
- Aprender a identificar los peligros a los cuales se expone en su labor, los cuales le han sido socializados en el reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Reconocer las cuatro principales consecuencias de incidentes (traumas por caídas, quemaduras, heridas y traumas por golpes).
- Conocer y aplicar los procedimientos de trabajo seguro.
- Informar sobre novedades y condiciones peligrosas identificadas en el momento en que sean detectadas.
- Acatar las normas y estándares de seguridad en cada uno de los procesos que realiza. Conocer bajo la matriz legal las normas que aplican para cada labor.
- Acatar las normas del programa de orden, aseo y desinfección.
- Uso de la dotación y de los elementos de protección personal.

José Fernando Garzón
Nombre del Empleado
C.C. 10.278919 M/la

RESPONSABILIDADES DE LOS CONTRATISTAS Y TRABAJADORES



AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

Versión: 01
Código: SOACS01
Fecha: diciembre de 2022
Página: 1 de 1

NOMBRE: Leonardo Calderón CC: 1007.233.264
EDAD: 23 CARGO: Aprendiz FECHA: Sept 12/2023

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: Obra civil

ANTECEDENTES

	SI	NO
• Hipertension arterial no controlada		✓
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		✓
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		✓
• Trastornos Psiquiatricos		✓
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		✓
• Anemia		✓
• Claustrofobia		✓
• Fobia a las alturas		✓
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		✓
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		✓
• Trastorno de la piel		✓
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		✓

CONDICIONES DE SALUD ACTUAL

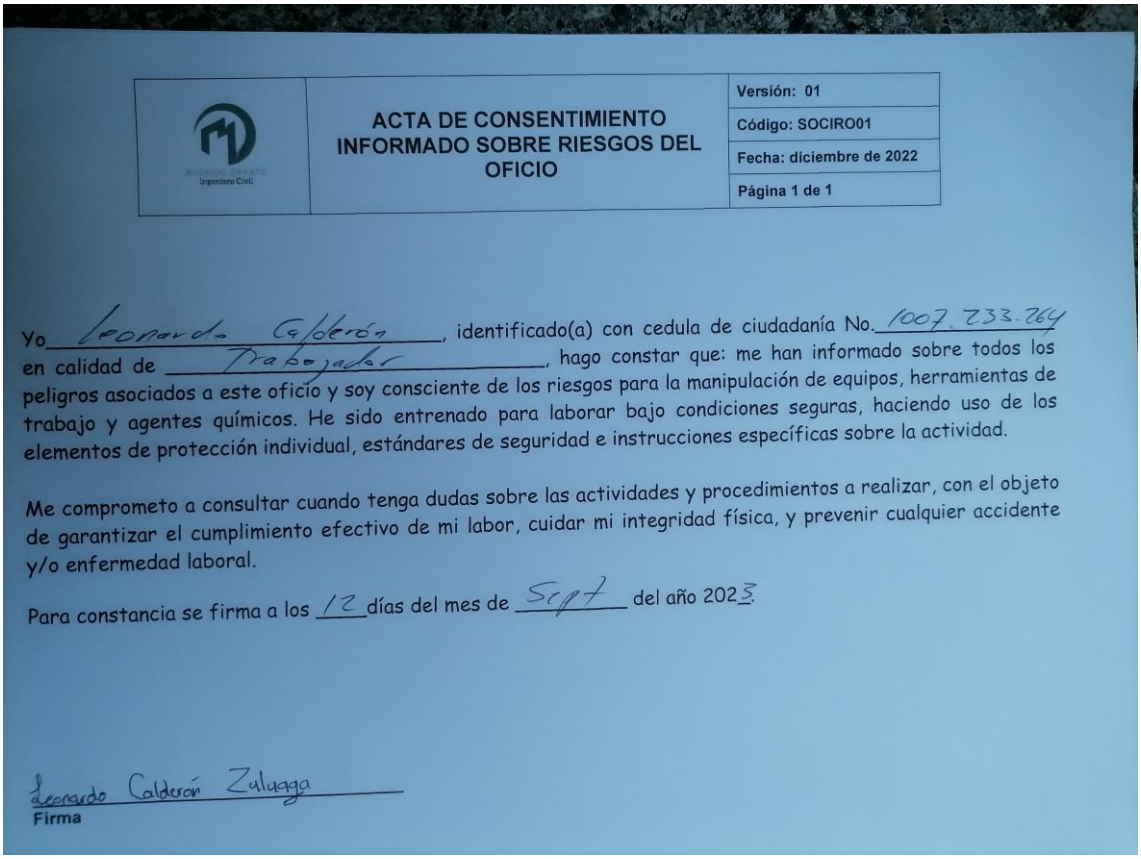
	7/09 S	7/09 N	13/09 S	13/09 N	14/09 S	14/09 N	15/09 S	15/09 N	S	N	S	N	S	N
• Trastorno Osteomuscular Activo		✓												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		✓												
• Trastornos del sueño		✓												
• Trastorno auditivo		✓												
• Enfermedad Diarreica		✓												
• Trastorno visual		✓												
• Trastorno respiraorio		✓												
• Vomito		✓												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		✓												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		✓												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

Leonardo Calderón Z
Firma del trabajador

***NOTA:** Cualquier condición marcado como **SI**, requiere VoBo SST para autorizar el trabajo.*

AUTO REPORTE CONDICIONES DE SALUD



	ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGOS DEL OFICIO	Versión: 01
		Código: SOCIRO01
		Fecha: diciembre de 2022
		Página 1 de 1

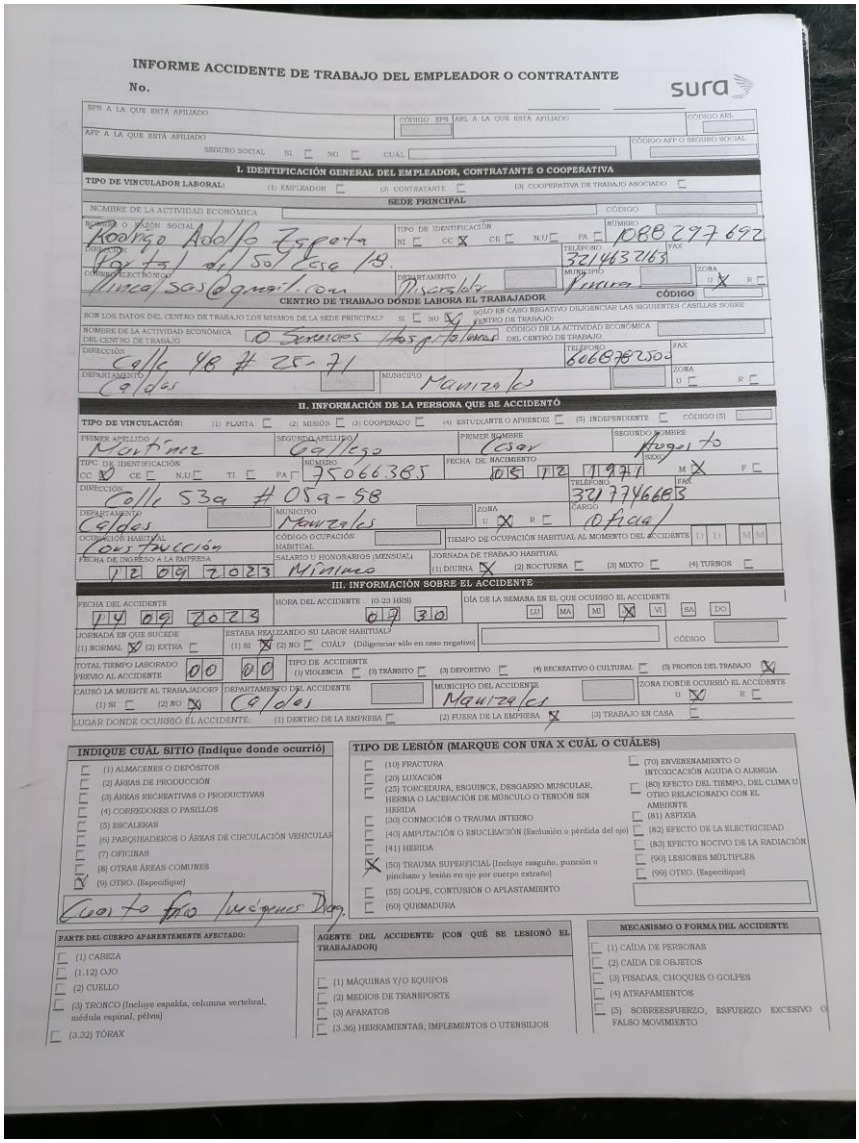
Yo Leonardo Calderón, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1007.733.764 en calidad de Trabajador, hago constar que: me han informado sobre todos los peligros asociados a este oficio y soy consciente de los riesgos para la manipulación de equipos, herramientas de trabajo y agentes químicos. He sido entrenado para laborar bajo condiciones seguras, haciendo uso de los elementos de protección individual, estándares de seguridad e instrucciones específicas sobre la actividad.

Me comprometo a consultar cuando tenga dudas sobre las actividades y procedimientos a realizar, con el objeto de garantizar el cumplimiento efectivo de mi labor, cuidar mi integridad física, y prevenir cualquier accidente y/o enfermedad laboral.

Para constancia se firma a los 12 días del mes de Sept del año 2023.

Leonardo Calderón Zuluaga
Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO RIESGOS DEL OFICIO



INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

No.

sura

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO EPS | ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO | CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

SEGURO SOCIAL SI ☐ NO ☐ CUÁL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: Rodrigo Adolfo Zapata | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI ☐ CC ☒ CE ☐ N.U ☐ PA ☐ | NÚMERO: 1088 297 692

DIRECCIÓN: Cra 23 # 50 Casa 19. | TELÉFONO: 3214632163 | FAX

CORREO ELECTRÓNICO: rinca/sas@gmail.com | DEPARTAMENTO: Risaralda | MUNICIPIO: Pereira | 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 DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: Servicios Hospitalarios | CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO | CÓDIGO

DIRECCIÓN: Calle 48 # 25-71 | TELÉFONO: 6068782504 | FAX

DEPARTAMENTO: Caldas | MUNICIPIO: Manizales | ZONA U ☐ R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

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

PRIMER APELLIDO: Martínez | SEGUNDO APELLIDO: Gallego | PRIMER NOMBRE: Cesar | SEGUNDO NOMBRE: Augusto | SEXO: M ☒ F ☐

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ | NÚMERO: 75066385 | FECHA DE NACIMIENTO: 05 12 1977 | TELÉFONO: 3217746683 | FAX

DIRECCIÓN: Calle 53a # 05a-58 | CARGO: Oficial

DEPARTAMENTO: Caldas | MUNICIPIO: Manizales | ZONA U ☒ R ☐

OCUPACIÓN HABITUAL: Cons Fundición | CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL | TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: (1) U (2) M (3) M

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 12 09 2023 | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): Mínimo | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA ☒ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: 19 09 2023 | HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 07 30 | DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: LU ☐ MA ☐ MI ☐ JU ☒ VI ☐ SA ☐ DO ☐

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

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 00 00 | TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☒

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI ☐ (2) NO ☒ | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Caldas | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: Manizales | ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U ☒ R ☐

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☒ (3) TRABAJO EN CASA ☐

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
- ☒ (9) OTRO. (Especifique): Contacto físico Instalaciones Hosp.

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

- ☐ (10) FRACTURA
- ☐ (20) LUXACIÓN
- ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
- ☐ (41) HERIDA
- ☒ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- ☐ (60) QUEMADURA
- ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO 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 AFECTADO:

- ☐ (1) CABEZA
- ☐ (1.12) OJO
- ☐ (2) CUELLO
- ☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- ☐ (3.32) TÓRAX

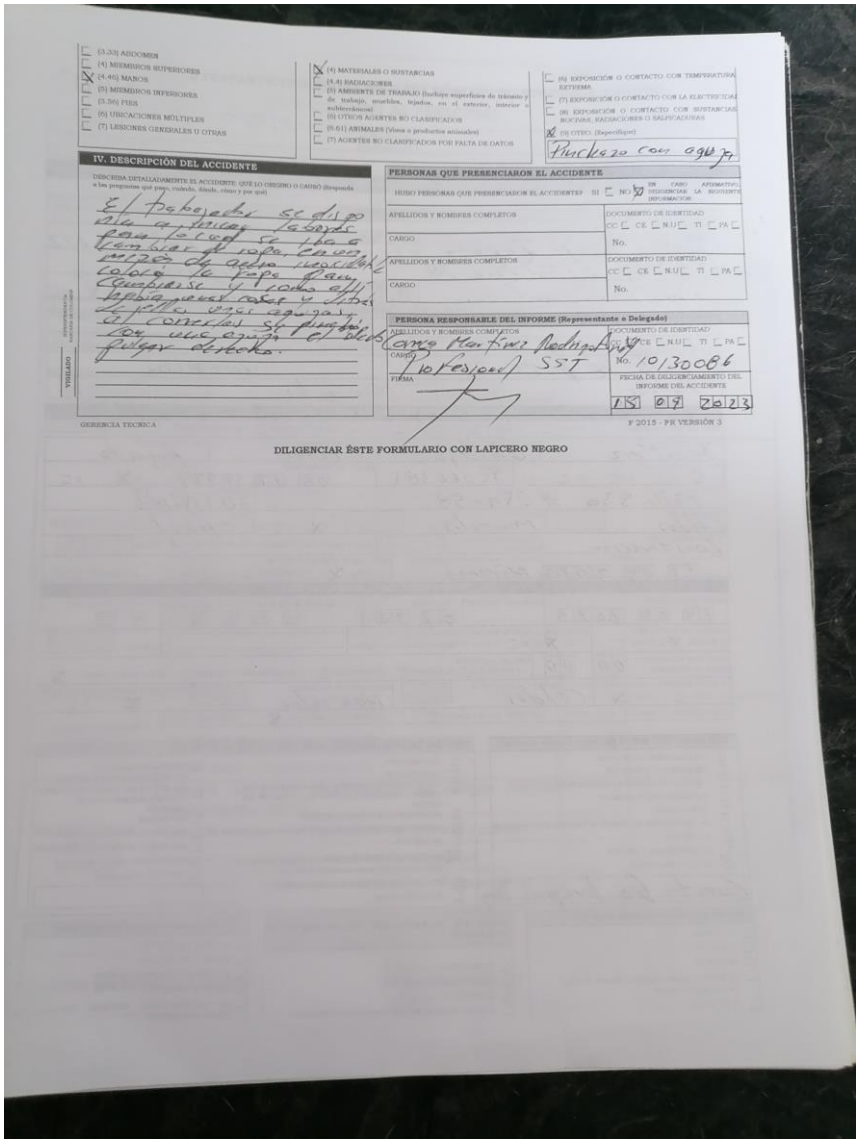
AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- ☐ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- ☐ (3) APARATOS
- ☐ (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS

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

INVESTIGACIÓN ACCIDENTE BIOLÓGICO



(3.33) ABDOMEN
(4) MIEMBROS SUPERIORES
(4.46) MANOS
(5) MIEMBROS INFERIORES
(5.56) PIES
(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
(7) LESIONES GENERALES O OTRAS

(8) MATERIALES O SUSTANCIAS
(8.4) RADIACIONES
(9) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
(0) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
(0.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

(9) 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) Pinchazo con agujas

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

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

El trabajador se dirija a tomar los sedos para la cena se hace tiempo de vaso, se cae vino de agua, posible color de vaso para cambiarse y como allí había unas cajas y sobre ellas había agujas, el cuerpo se pinchó con una aguja el dedo pulgar derecho.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS — DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No.
CARGO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS — DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No.
CARGO

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Carlos Mauricio Rodriguez Ayala — DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ No. 1013008686
CARGO: Profesional SST
FIRMA
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 15 07 2023

VIGILADO SUPERSALUD

GERENCIA TECNICA

F 2015 - PR VERSIÓN 3

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO

INVESTIGACIÓN ACCIDENTE BIOLÓGICO

RODRIGO ZAPATA Ingeniero Civil	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Informe Final de Actividades



USO DE EPP ADECUADOS

Presentado Por:

Rodrigo Ariel Correa Martínez
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
LPSST 258-15