

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

I. INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN			INCIDENTE	ACCIDENTE DE TRABAJO	LEVE ☒ GRAVE ☐ MORTAL ☐		
FECHA DE INVESTIGACIÓN			DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	DIRECCIÓN
9 12 2024			Bogotá	0 0 1	Bogotá	0 0 1	Calle 28 # 13 A 35 Centro Internacional
HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN			RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN				
10 0 0 0			Yohana Mayerly Piñeros Garzón				
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)			¿Cuáles?				
Fotografías ☐ Videos ☐ Cintas de audio ☐ Ilustraciones ☐ Diagramas ☐ Otros ☒							

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA			TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL									
			(1) Empleado ☐ (2) Contratante ☒ (3) Cooperativa ☐									
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL			NOMBRE O RAZÓN SOCIAL									
ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANISMOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES			Secretaría Distrital de Desarrollo Económico de Bogotá									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			DIRECCIÓN PRINCIPAL									
No. 8 9 9 9 9 9 0 6 1 - 9			Calle 28 # 13 A 35 Centro Internacional									
TELÉFONO			FAX			DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO ELECTRÓNICO EMPLEADOR	ZONA
3693777			3693777			Bogotá		0 0 1	Bogotá	0 0 1	contactosst@desarrolloeconomico.gov.co	☒ Urbana ☐ Rural
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO			NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			CÓDIGO						
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal?			Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo									
TELÉFONO			FAX			DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO			ZONA			
						Calle 28 # 13 A 35 Centro Internacional			☒ Urbana ☐ Rural			
DEPARTAMENTO			CÓDIGO			MUNICIPIO			CÓDIGO			

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE			TIPO DE VINCULACIÓN																				
			(1) Planta ☒ (2) Misión ☐ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o aprendiz ☐ (5) Independiente ☐																				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE											
No. 5 2 0 8 5 5 0 0			TERÁN			CAMACHO			ALICIA			ROSALID											
FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO			EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO			CÓDIGO EPS			AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO			CÓDIGO AFP			ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO			CÓDIGO ARP		
2 1 1974			M F			FAMISANAR			E P S 0 0			PROTECCIÓN			2 5 - 1 4			POSITIVA					
DEPARTAMENTO			CÓDIGO			MUNICIPIO			CÓDIGO														
Cundinamarca			0 0 1			BOGOTÁ			0 0 1														
TELÉFONO			FAX			CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR			DIRECCIÓN			ZONA											
3212695173			0			alicia.teran.camacho@gmail.com			CARRERA 4 BIA A N°31A 05			☒ Urbana ☐ Rural											
CARGO			OCUPACIÓN HABITUAL			FECHA DE INGRESO A EMPRESA			TIEMPO EN LA OCUPACIÓN			ANTIGÜEDAD EN EL CARGO											
AUX. ADMINISTRATIVA			AUXILIAR			14 1 2022			AÑOS 0 2 MESES 1 1			AÑOS 0 2 MESES 1 1											
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			SALARIO U HONORARIOS (mensual)			FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR			EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS														
(1) Diurno ☒ (2) Nocturno ☐ (3) Mixto ☐ (4) Turnos ☐			2.500.000			NA			SI ☒ NO ☐			EN EL SITIO DEL ACCIDENTE											

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO			FECHA DE OCURRENCIA			HORA DE OCURRENCIA			JORNADA														
			21 11 2024			0- 23 HRS 14 20			(1) Normal ☒ (2) Extra ☐														
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO			ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)			CÓDIGO																	
L M MI X V S D			SI ☐ NO ☒			ENCUENTRO DE BRIGADISTAS																	
TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)			Especifique																				
(1) Violencia ☐ (2) Tránsito ☐ (3) Deportivo ☐ (4) Recreativo o cultural ☐ (5) Propios del trabajo ☒			ASISTENCIA EN REPRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD																				
DEPARTAMENTO			CÓDIGO			MUNICIPIO			CÓDIGO			ZONA			TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE			IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO					
Cundinamarca			2 5			Bogotá			4 0 2			☐ Urbana ☒ Rural			7			20			HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO		
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE			SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE			Especifique																	
☐ Dentro de la empresa ☒ Fuera de la empresa ☐ Otra empresa			1 Almacenes o depósitos 2 Áreas de producción 3 Áreas recreativas o productivas 4 Corredores o pasillos 5 Escaleras 6 Parquaderos o áreas de circulación vehicular 7 Oficinas 8 Otras áreas comunes 9 Otro (¿Cuál?)																				

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO			¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente?			SI ☐ NO ☒			Número de personas que presenciaron el incidente o accidente														
			¿Se han presentado otros incidentes o AT en el área de trabajo?			SI ☐ NO ☐																	
¿El evento similar fue investigado?			SI ☐ NO ☐			¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el panorama de riesgos?			SI ☐ NO ☐			¿El trabajador ha estado involucrado en otros AT o incidentes anteriores?			SI ☐ NO ☐			¿Se cuenta con panorama de factores de riesgos actualizado?			SI ☐ NO ☐		

Dentro del circuito de pruebas en el encuentro de brigadas, luego de salir de la prueba con el equipo de bomberos, (traje de incendios y extintor) en arrastre bajo, realizamos una fila donde yo era la primera persona de la fila, luego entre en la carpa donde se simulaba un incendio de una casa allí adentro el bombero del ejercicio me pide que sea la víctima a rescatar, seguido de esto mis compañeros de la fila entran a rescatarme, uno de ellos me tomó de las axilas y me arrastra, pero luego me suelta para agarrarme bien donde hace un movimiento para cargarme bien siempre tomándome de las axilas, en ese momento siento un fuerte dolor en mi hombro izquierdo luego mis otros compañeros ayudan al compañero a cargarme y me recojen las piernas.

Al salir de este ejercicio me dirijo a los bomberos para reportar el dolor en mi hombro, seguido de esto me envían a la carpa de la cruz roja y hago el reporte a la ARL. Dentro del circuito de pruebas en el encuentro de brigadas, luego de salir de la prueba con el equipo de bomberos, (traje de incendios y extintor) en arrastre bajo, realizamos una fila donde yo era la primera persona de la fila, luego entre en la carpa donde se simulaba un incendio de una casa allí adentro el bombero del ejercicio me pide que sea la víctima a rescatar, seguido de esto mis compañeros de la fila entran a rescatarme, uno de ellos me tomó de las axilas y me arrastra, pero luego me suelta para agarrarme bien donde hace un movimiento para cargarme bien siempre tomándome de las axilas, en ese momento siento un fuerte dolor en mi hombro izquierdo luego mis otros compañeros ayudan al compañero a cargarme y me recojen las piernas.

Al salir de este ejercicio me dirijo a los bomberos para reportar el dolor en mi hombro, seguido de esto me envían a la carpa de la cruz roja y hago el reporte a la ARL.

AGENTE		MATERIAL				MARCA				MODELO		REFERENCIA			
PESO		TAMAÑO (Especificar unidad de medida)				VELOCIDAD		TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO		HA SIDO REPARADO?			
	UNIDAD DE MEDIDA	altura	ancho	volumen	Profundidad		UNIDAD DE MEDIDA	AÑOS	MESES		FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO		SI NO		
EXPLOSIVOS	NOMBRE	CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA		CANTIDAD		VOLTAJE ELÉCTRICO	
			UNIDAD DE MEDIDA	N/A			UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA	N/A			UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA

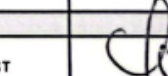
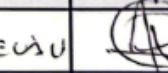
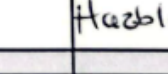
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP ?	SI	NO	X	¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP?	SI	NO		
--	----	----	---	---	----	----	--	--

VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO (OIT paginas 4, 5, y 6)				
No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	
1	TIPO DE LESIÓN	CONTUSIÓN		5
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOMBRO		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE	FUERZA EXECIVA QUE EJERCE DURANTE LA PRÁCTICA		5
4	AGENTE DEL ACCIDENTE	OTRA PERSONA		

DESCRIPCIÓN DE CAUSAS BÁSICAS				DESCRIPCIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS			
FACTORES PERSONALES				ACTOS SUBESTANDAR			
Instrucción inicial insuficiente	CÓDIGO	5	0 1	Falta de atención por las condiciones del piso	CÓDIGO	2	0 9
Orientación deficiente	CÓDIGO	4	0 2	N/A	CÓDIGO		
FACTORES DEL TRABAJO				CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR			
Instrucción, orientación y/o entrenamiento insuficiente	CÓDIGO	0	0 7	Indeterminada información insuficiente	CÓDIGO	9	9 0
N/A	CÓDIGO			N/A	CÓDIGO		

POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO No. 1 PARA TESTIMONIO SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

--

JEFE INMEDIATO O SUPERIOR																NOMBRE Y APELLIDO								CARGO								FIRMA																															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																																																															
No.																																																															
ENCARGADO DEL P.S.O.																NOMBRE Y APELLIDO								CARGO								FIRMA																															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																Yohana Mayerly Piñeros Garzón								Responsable del SGSST																																							
No. 5 2 8 3 2 4 3 1																																																															
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA																NOMBRE Y APELLIDO								CARGO								FIRMA																															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																ANITA GUERRERO A								Profesional EPSU																																							
No. 5 2 2 6 4 6 8 7																																																															
BRIGADISTA DE EMERGENCIA																NOMBRE Y APELLIDO								CARGO								FIRMA																															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																Hazblehid y Iega M.								Contratista																																							
No. 5 2 2 9 7 8 4 2																																																															
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION																NOMBRE Y APELLIDO								CARGO								FIRMA																															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																Hansy Vargas Velazquez								Ref. Especialista																																							
No. 1 6 3 2 3 6 6 2 9 3																																																															
DILIGENCIAR SOLO CUANDO INTERVIENE UN REPRESENTANTE DE LA ARP EN LA INVESTIGACIÓN**																																																															
REPRESENTANTE DE LA ARP																NOMBRE Y APELLIDO																LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL																FIRMA															
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐																																																															
No.																																No.																AÑO															

ANÁLISIS ESPECIALIZADO (Es obligatorio para accidentes mortales y graves, opcional para accidentes leves e incidentes)																							
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL										NOMBRE Y APELLIDO					LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL					FIRMA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN															No.								
No.																							
EMPRESA QUE REPRESENTA (Cuando es un proveedor contratado por la empresa)																							
Observaciones del especialista:																							
X. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO, EL TRABAJADOR																							
TIPO		MEDIDAS DE INTERVENCIÓN								F		M		T		RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN					FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
SOBRE CAUSAS INMEDIATAS	☐ Correctiva	Enviar sugerencia al organizador sobre la preparación de la brigada y que la actividad se ajuste a la misma														Equipo SST					31 12 2024		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
SOBRE CAUSAS BÁSICAS	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Correctiva																				DÍA MES AÑO		
	☐ Preventiva																				DÍA MES AÑO		
XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARP										FECHA DE REMISIÓN		DÍA		MES		AÑO		No. FOLIOS					
REPRESENTANTE LEGAL										NOMBRE Y APELLIDO					CARGO					FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO																							
No.																							
FECHA DE REMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA ARP AL EMPLEADOR										FECHA DE REMISIÓN DEL INFORME DE LA ARP A DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL MIN. PROTECCIÓN SOCIAL					RESPONSABLE DE REMISIÓN POR PARTE DE LA ARP A DIRECCIÓN TERRITORIAL DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL					CARGO			
DÍA MES AÑO										DÍA MES AÑO													
XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR																							
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN										NOMBRE Y APELLIDO					CARGO					FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO																							
No.																							
FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN?										SI ☐		NO ☐											
OBSERVACIONES:																							
																		FECHA DE VERIFICACIÓN					
																		DÍA		MES		AÑO	
XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARP																							
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN										NOMBRE Y APELLIDO					CARGO					FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO																							
No.																							
FUERON EFECTIVAS LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN?										SI ☐		NO ☐											
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ARP:																							
																		FECHA DE VERIFICACIÓN					
																		DÍA		MES		AÑO	

	POSITIVA S.A. Compañía de Seguros / ARP -Gestión Documental-		Código: VP - RE - IIAT - 02			
			Versión: 2			
	FORMATO INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO (Resolución 1401 de 2007)		Fecha: 2009/09			
	Proceso Promoción y Prevención		Página 1 de 4			
ANEXO No. 1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios)			FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE		FECHA DE TESTIMONIO	
TESTIMONIOS SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO			21 11 2024		11 12 2024	
TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐			NOMBRE COMPLETO		APELLIDOS	
No. 1 0 1 3 6 1 5 5 9 3			DIANA CAROLINA		MEDINA FAJARDO	
					CARGO	
					PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 18 (E)	
¿Que, como, cuando y donde sucedió el incidente o accidente de trabajo?						
Durante el Encuentro Distrital de Brigadas organizado por el IDIGER el 21 de noviembre de 2024, la funcionaria Alicia Rosalid Terán Camacho sufrió una lesión en el hombro izquierdo. El incidente ocurrió en el parque Simón Bolívar, durante una simulación de rescate dirigida por el equipo de Bomberos de Bogotá. En el ejercicio, un grupo de brigadistas debía rescatar a la funcionaria, quien asumió el rol de víctima inconsciente; siguiendo las instrucciones de los bomberos, el rescate se debía realizar en arrastre bajo, asumiendo que obedecía a circunstancias en donde no se podía realizar de manera diferente por las condiciones de acceso y ambiente. Cabe resaltar que este encuentro reúne a todas las brigadas de emergencia de las entidades distritales de Bogotá, incluyendo la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, a la cual pertenece la funcionaria afectada.						
¿Por qué sucedió?						
Durante el encuentro de brigadas, el IDIGER organiza equipos de manera aleatoria para fomentar la interacción entre las diferentes brigadas. En esta ocasión, la capacitación se realizó en conjunto con la Defensa Civil. En el transcurso de la simulación de rescate, un integrante de la Defensa Civil, con la intención de actuar con rapidez, la levantó de las axilas y ejerció fuerza excesiva sobre la funcionaria al momento de realizar el rescate, lo que provocó la lesión.						
¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?						
El accidente podría haberse evitado con una supervisión más efectiva por parte del capacitador, quien debió intervenir al observar una técnica de evacuación inadecuada. Es importante destacar que el IDIGER no consideró las diferencias en la formación de las brigadas. Mientras que la Defensa Civil se especializa en rescates en situaciones de catástrofe, donde la rapidez es crucial, la brigada de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico se enfoca en primeros auxilios en entornos de oficina.						
Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:						
El accidente no se originó por una práctica indebida de la funcionaria ni por incumplimiento de las instrucciones. Si bien es cierto que la mitigación total del riesgo en este tipo de eventos es compleja, la capacitación en terreno sigue siendo fundamental para fortalecer las capacidades de la brigada.						
Diana Medina FIRMA						
ANEXO No. 1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios)			FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE		FECHA DE TESTIMONIO	
TESTIMONIOS SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO			DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐ UN ☐ PA ☐ TI ☐			NOMBRE COMPLETO		APELLIDOS	
No.						
¿Que, como, cuando y donde sucedió el incidente o accidente de trabajo?						
¿Por qué sucedió?						
¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?						
Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:						
FIRMA						