CAT S.A.S	FORMATO DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Código: SG-SST Versión: 01

ACCIDENTE	X	ACCIDENTE GRAVE		ACCIDENTE MORTAL		ACCIDENTE LEVE	X	INCIDENTE
21/09/2023				MUNICIPIO: TUNJA	DEPARTAMENTO:BOYACÁ	DIRECCIÓN: KR 4C Nº 12 A 08	
EMPLEADOR: HERMIDES CUENCA		CARGO: REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA: [firma]			

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

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

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES	CÓDIGO	4111
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD CAT CONSTRUCCIONES	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI ✓ CC __ CE __ N.U __ PA __	NÚMERO: 901326684 6	
DIRECCIÓN: DG 69B 11 59 BARRIO VILLA DEL NORTE		TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO: cat.socieda.d@gmail.com	DEPARTAMENTO: BOYACA	MUNICIPIO: TUNJA	ZONA: U ✓ R __

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

CÓDIGO

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?	SI __ NO ✓	SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	4111
DIRECCIÓN: BARRIO SAN ANTONIO		TELÉFONO: 3132750044	FAX
DEPARTAMENTO: BOYACA	MUNICIPIO: TUNJA		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: GARCIA	SEGUNDO APELLIDO: CARMARGO	PRIMER NOMBRE: JHON	SEGUNDO NOMBRE: FREDY
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ✓ CE __ N.U __ TI __ PA __	NÚMERO: 1010081198	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: M ✓ F __
DIRECCIÓN: TORRE 4 APRTA 203		TELÉFONO: 3132593175	FAX
DEPARTAMENTO: BOYACA	MUNICIPIO: TUNJA	ZONA: U ✓ R __	CARGO: OFICIAL DE CONTRUCCION
OCUPACIÓN HABITUAL: OFICIAL	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL: 713	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): $ 1.160.000	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNA ✓ (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 JU VI x 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	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 / FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA __/__/__ / MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U __ R __
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	(1) DENTRO DE LA EMPRESA __	(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
- __ (9) OTRO. (Especifique)

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, 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 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

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
- __ (9) OTRO. (Especifique)

Powered by CamScanner

CAT S.A.S	FORMATO DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Código: SG-SST Versión: 01

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINO O CAUSO

EL TRABAJADOR INGRESO A SU JORNDA LABORAL A LAS 7:00AM SIENDO LA 11:00 SE ENCONTRABA ENCAMILLANDO POSTERIOEMENTE SE BAJA A CORRER UNA ARMADURA PARA LA PLACA AL REALIZAR ESTE MOVIMIENTO, SIENTE UN FUERTE DOLOR MUSCULAR EN LA PARE BAJA DE LA ESPALDA Y ESTE LE IMPIDE SEGUIR CON LAS ACTIVIDADES.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [ ] NO [X] EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACION

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [ ] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO	No:
DECLARACIÓN	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [ ] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO	No:
DECLARACIÓN	FIRMA:

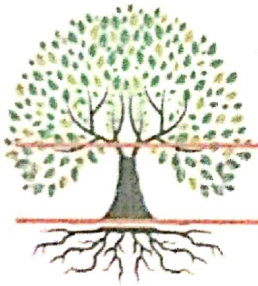
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARLOS ANDRES GALLO INFANTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO COORDINADOR SG-SST	No. 1055273033
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE

V. OBSERVACIONES (COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)

El comité paritario de seguridad y salud en el trabajo sugiere que se deben realizar pausas activas cada 2 o 3 horas en el dia para evitar este tipo de lesiones y fortalecer la solilzacion de charlas sobre manipulacion manual de cargas

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



EFECTOS	AUSENTISMO LABORAL INDICADOR DE ACCIDENTALIDAD ELEVADO
PROBLEMA PRINCIPAL	**TORCEDURA , ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACION DEL MUSCULO O TENDON SIN HERIDA**
CAUSAS	LEVANTAR OBJETOS DE FORMA INCORRECTA , ADOPTAR UNA POSICIÓN INADECUADA PARA HACER LA TAREA, HÁBITOS DE TRABAJO INCORRECTOS , SOBREESFUERZO , TRATAR DE AHORRAR TIEMPO O ESFUERZO Y/O EVITAR INCOMODIDADES, EXCESO DE CONFIANZA PARA ACTIVIDADES HABITUALES

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
LEVANTAR OBJETOS DE FORMA INCORRECTA		HÁBITOS DE TRABAJO INCORRECTOS	EXCESO DE CONFIANZA PARA ACTIVIDADES HABITUALES
ADOPTAR UNA POSICION INADECUADA PARA HACER LA TAREA		SOBREESFUERZO	TRATAR DE AHORRAR TIEMPO O ESFUERZO Y/O EVITAR

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 SI:1 , NO:2		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA					
Socizacion al personal sobre la manipulacion manual de cargas			X	25/09/2023	26/09/2023			COORDINADOR/INSPECTOR DE SST

Powered by CamScanner

CAT S.A.S	FORMATO DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Código: SG-SST Versión: 01

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	CARGO COPASST	IDENTIFICACIÓN	CARGO	PROYECTO	FIRMA
OSCAR DARIO CATIVE	PRE. COPASST	1002393470		TORRE HOSPITALARIA	
MARCELINO PRIETO	SEC. COPASST	5858194		TORRE HOSPITALARIA	
JESSICA RODRIGUEZ	N/A	1005275333	INSPECTORA SST	TORRE HOSPITALARIA	
CARLOS ANDRES GALLO INFANTE	N/A	1055273033	COORDINADOR SG-SST	TORRE HOSPITALARIA	
HERMIDES CUENCA	N/A	86035319	REPRESENTANTE LEGAL	TORRE HOSPITALARIA	

REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA
HERMIDES CUENCA	

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA
CARLOS ANDRES GALLO INFANTE	146	SECRETARIA DE SALUD E BOYACÁ	

Powered by CamScanner