SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Estructuras y Pavimentos S.A.S.	**FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO**	**Código:**	F-SST-070
		Página:	1 DE 3
	Fecha de Modificación: 28-01-2021	**Versión:**	01

ACCIDENTE _____ | ACCIDENTE GRAVE _____ | ACCIDENTE MORTAL _____ | ACCIDENTE LEVE __X_____ | INCIDENTE _____

FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL: _____ / ____ / _____ MM/DD/AA

FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA: _____ / ____ / _____ MM/DD/AA

COORDINADOR DELEGADO: FREDY GOMEZ LOZANO | CARGO: COORDINADOR SST

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL
SALUD TOTAL	**EPS010**	AXA COLPATRIA	**4**

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO						CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
PORVENIR	SEGURO SOCIAL	SI ☐	NO ☑	CUÁL		**2**

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	Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye el dragado de vías de navegación	CÓDIGO	**4429001**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S	NI ☑ CC ☐ CE ☐ N.U.I. ☐ PA ☐	**900243322**

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106	**6044079797**	**0**

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA
gerencia@estructurasypavimentos.com		**ANTIOQUIA**		**MEDELLIN**	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	ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	**4429001**

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106	**6044079797**	**0**

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA
	ANTIOQUIA		**MEDELLÍN**	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	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VILLA	**RIOS**	**DIEGO**	**ANDRES**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC ☑ CE ☐ N.U.I. ☐ TI ☐ PA ☐	**98713744**	**02 06 1985**	M ☑ F ☐

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CRA 51 B # 104 A 04	**3122387627**	

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	CARGO
	ANTIOQUIA	MEDELLIN	**MEDELLIN**	U ☑ R ☐	**AYUDANTE DE OBRA**

OCUPACIÓN HABITUAL	Oficiales y operarios de la construcción (obra	CODIGO OCUPACION HABITUAL	**712**	TIEMPO DE OCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	**03 05**

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
28 07 2025	**$ 1.790.881**	(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
12 02 2026	**15 40**	LU ☐ MA ☐ MI ☐ JU x VI ☐ SA ☐ DO ☐

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

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	**07 40**	TIPO DE ACCIDENTE
		(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☑

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA DO
(1) SI ☐ (2) NO ☑		__ / __ / __		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	☐	(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
☐	(50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	☐	(90) LESIONES MÚLTIPLES
		☐	(99) OTRO. (Especifique)
☐	(55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO		
☐	(60) QUEMADURA		

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	
☐	(1) CABEZA
☐	(1.12) OJO
☐	(2) CUELLO
☐	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula 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

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
☐	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
☐	(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)

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)

Siendo las 15:40, en el frente 9, el colaborador diego villa, se disponia a bajarse del camión por medio de los canes que se ubican en la parte de atras, canes que se ubican para el descargue de las herramientas y equipos, uno de ellos no estaba bien puesto ya que no contaba con el tornillo que le genera su seguridad, al pisar el can, este se resbala y cae al piso a una altura de 1 metro, golpeandose el pie derecho. el colaborador refiere mucho dolor y es trasladado para atención medica.

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
Quintero Fonnegra Johan Estiben	CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No: 98703083
Rastrillero	
DECLARACIÓN	
Ver anexo	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	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
LAURA NARANJO RENDÓN	CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No. **1039454020**
AUXILIAR SST	
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
	1 3 0 2 2 0 2 6

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

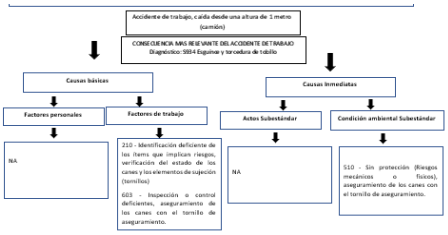
Incapacidad por 5 días - Diagnostico: S934 Esguince y torcedura de tobillo
Prorroga por 10 días - Diagnostico: S934 Esguince y torcedura de tobillo
Caida desde 1 metro de altura

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






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



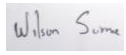
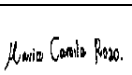
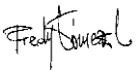
VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		**CAUSAS BASICAS**	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
510 - Sin protección (Riesgos mecánicos o físicos)	Ninguna.	210 - Identificación deficiente de los ítems que implican riesgos.	Ninguna.
		603 - Inspección o control deficientes.	

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					
Socialización de la lección aprendida			X	15/03/2026	30/03/2026			SST
Charla sobre la identificación de riesgos locativos			X	15/03/2026	30/03/2026			SST
Charla de Orden y aseo en el camión e importancia de las recomendaciones de las inspecciones		X		15/03/2026	30/03/2026			SST

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	**CARGO**	**DEPARTAMENTO**	**MUNICIPIO**	**DIRECCION**	**FECHA DD/MM/AA**	**HORA __ /__**	**FIRMA DOC IDENTIF**
VERONICA RODRIGUEZ	REP. COPASST (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	17/02/2026	10:00:a.m.	
WILSON SERNA	JEFE INMEDIATO (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	17/02/2026	10:00:a.m.	
MARIA CAMILA ROZO	COORDINADOR SST (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	17/02/2026	10:00:a.m.	
FREDY GOMEZ LOZANO	PERSONAL ENCARGADO DEL DISEÑO DE NORMAS, PROCESOS Y/O MANTENIMIENTO (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	17/02/2026	10:00:a.m.	

REPRESENTANTE LEGAL	**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
MARTA DORIS LEÓN	

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	**LICENCIA NO**	**EXPEDIDA POR**	**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
FREDY GOMEZ LOZANO	**2025060194570**	**Min. Salud**	

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___