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
SANITAS	**EPS010**	AXA COLPATRIA	**4**

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO						CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
PROTECCIÓN	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 ECONOMICA	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 ☐ PA ☐		**900243322**

DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX
CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106			**6044079797**	**0**
CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	**ANTIOQUIA**	MUNICIPIO	**MEDELLIN** ZONA U ☑ R ☐
gerencia@estructurasypavimentos.com				

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR — CÓDIGO

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 ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S	CODIGO DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	**4429001**

DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX
CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106			**6044079797**	**0**
DEPARTAMENTO	**ANTIOQUIA**	MUNICIPIO	**MEDELLÍN**	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	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CONTRERAS	ARRIETA	JHORLETH	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐	1044911952	11/10/1987	M ☑ F ☐

DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX
CRA 10 CL 55-366 INT 137			3165634361	
DEPARTAMENTO	**ANTIOQUIA**	MUNICIPIO	**MEDELLÍN**	ZONA U ☑ R ☐

CARGO					
AYUDANTE DE OBRA					
OCUPACIÓN HABITUAL	Oficiales y operarios de la construcción (obra	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	**712**	TIEMPO DE OCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	21 AÑOS 06 MESES
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
04/08/2025		1855821.00		(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
23/02/2026	13:30	LU X MA ☐ MI ☐ JU ☐ VI ☐ SA ☐ DO ☐

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

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE				
05 HORAS 30 MINUTOS	(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 DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
(1) SI ☐ (2) NO ☑	ANTIOQUIA	__/__/__	MEDELLIN	U ☑ R ☐

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☑ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)	TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)	
☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS	☐ (10) FRACTURA	☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
☑ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN	☐ (20) LUXACIÓN	
☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS	☐ (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
☐ (4) CORREDORES O PASILLOS		
☐ (5) ESCALERAS	☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	☐ (81) ASFIXIA
☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo	☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
☐ (7) OFICINAS	☐ (41) HERIDA	☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES	☑ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES
☐ (9) OTRO. (Especifique)		☐ (99) OTRO. (Especifique)
	☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	
	☐ (60) QUEMADURA	

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
☐ (1) CABEZA		☐ (1) CAÍDA DE PERSONAS
☐ (1.12) OJO		☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS
☐ (2) CUELLO	☑ (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	☑ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
☐ (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula	☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE	☐ (4) ATRAPAMIENTOS

	espinal, pélvis)	☐	(3) APARATOS	☐	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
☐	(3.32) TÓRAX	☐	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS		
☐	(3.33) ABDOMEN	☐	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS	☐	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
☑	(4) MIEMBROS SUPERIORES	☐	(4.4) RADIACIONES		
☐	(4.46) MANOS	☐	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	☐	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
☐	(5) MIEMBROS INFERIORES			☐	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
☐	(5.56) PIES	☐	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS		
☐	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES	☐	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	☐	(9) OTRO. (Especifique)
☐	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS	☐	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		

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 trabajador manifiesta que se encontraba realizando labores de compactación manual con rodillo en una zona donde se intervendría un bache. En el momento del evento, el bache aún no contaba con la mezcla asfáltica y presentaba una altura considerable que dificultaba el ascenso del rodillo manual a la superficie.

Al intentar subir el equipo al nivel del bache, el trabajador no se percató de que por la vía transitaba una mula. Esta situación le generó un sobresalto, ocasionando que perdiera momentáneamente el control del rodillo. Debido a la irregularidad y altura del bache, el equipo se desestabilizó y se desplazó hacia un costado, provocando que el brazo de mando se doblara y golpeara la rodilla derecha del trabajador.

Como consecuencia del impacto, el colaborador presenta dolor e inflamación en la rodilla derecha. De manera inmediata se aplicó hielo en la zona afectada y se indicó reposo. Al día siguiente, el dolor persistía, motivo por el cual se realizó el reporte correspondiente ante la ARL para valoración médica.

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 ☐
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	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
KELLY PERNET	CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No. 1071348328
AUXILIAR SST	
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
KP	02 03 2026

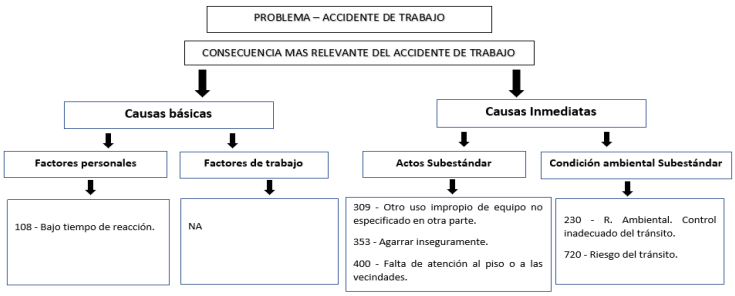
V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO

El accidente ocurrió por falta de control del entorno (tránsito y desnivel) y por no actuar con la debida precaución durante la maniobra. Se recomienda reforzar la señalización, el control del tránsito y la actitud preventiva en trabajos en vía pública.

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)



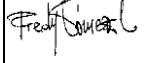
VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

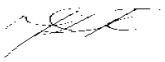
CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
230 - R. Ambiental. Control inadecuado del tránsito.	309 - Otro uso impropio de equipo no especificado en otra parte.	NA	108 - Bajo tiempo de reacción.
720 - Riesgo del tránsito.	353 - Agarrar inseguramente.		
	400 - Falta de atención al piso o a las vecindades.		
	505 - Operar los vehículos a velocidades inseguras		

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					
Socializar Lección aprendida.			X	30/03/2026	30/04/2026			SST
Charla acerca el trabajo seguro en vías con tránsito activo			X	30/03/2026	30/04/2026			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	9/12/2025	11:30	
SAMUEL OROZCO	JEFE INMEDIATO (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	9/12/2025	11:30	
MARIA CAMILA ROZO	COORDINADOR SST (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	9/12/2025	11:30	
FREDY GOMEZ LOZANO	PERSONAL ENCARGADO DEL DISEÑO DE NORMAS, PROCESOS Y/O MANTENIMIENTO (Necesario)	Antioquia	Medellín	Calle 10sur # 50ff-28	9/12/2025	11:30	

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___