	GESTIÓN INTEGRAL		
	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO Y LECCIONES APRENDIDAS		
	Código: INQ-GI-SST-FT-12	Versión: 02	Fecha: 02-07-2024

INCIDENTE [ ] ACCIDENTE: LEVE [X] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

EPS a la que está afiliado: SURA	CÓDIGO EPS EPS 037	ARL a la que está afiliado: POSITIVA	CÓDIGO ARL 14-23
AFP a la que está afiliado: COLPENSIONES SEGURO SOCIAL SI [ ] NO [X] ¿CUÁL?			CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL 25-14

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculador laboral:	(1) Empleador	X	(2) Contratante		(3) Cooperativa de Trabajo Asociado	

Sede principal:	Código
CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERIAS, FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS, VIAS DE NAVEGACION, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVICION DE TERRENOS CON MEJORA.	5429001

Nombre o Razón Social: CONSORCIO VIALMED 2025	Tipo de Identificación: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ]	
Dirección: KR 38 38 SUR 29	Teléfono: 4441327	Fax
Correo Electrónico fracturacion@prisma54.com.co	Departamento: ANTIOQUIA	Municipio: ENVIGADO — ZONA U [X] R [ ]
Centro de Trabajo donde labora el Trabajador: MALLA VIAL MEDELLIN		Código
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos del centro principal? Solo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:		SI [X] NO [ ]
Nombre de la Actividad Económica del Centro de Trabajo: construcción de las obras de ingeniería civil		Código
Dirección: frente # 1 colinita	Teléfono: N. A	Fax
Departamento: Antioquia	Municipio: Medellín	Zona U [X] R [ ]

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

Tipo de Vinculación (1) Planta [X] (2) Misión [ ] (3) Cooperado [ ] (4) Estudiante o Aprendiz [ ] (5) Independiente [ ]	Código
Primer Apellido: QUINTERO	Segundo Apellido: VARGAS
Primer Nombre: FRANK	Segundo Nombre: RAMON

Tipo de Identificación									Fecha de Nacimiento			Sexo
CC	X	CE		UN		TI		PA		NO.1064178782	Dd 26 / Mm 10 / Aaaa 1997		M□X F□

Dirección: CARREA 45 # 67 54		Teléfono: 5712230	Fax
Departamento: ANTIOQUIA	Municipio: MEDELLIN	Zona: U X R	Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Ocupación Habitual: AYUDANTE		Código	Tiempo ocupación habitual al momento del accidente: Mm 90

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario u Honorarios (mensual)	Jornada de Trabajo Habitual							
Dd 7 / Mm 01 / Aaaa 2026	1.750905	(1) Diurna	x	(2) Nocturna		(3) Mixto		(4) Turnos	

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del Accidente	Hora del Accidente	Día de la semana en que ocurrió el accidente												Jornada en que sucede	
Dd 24 / Mm 2 / Aaaa 2026	Hh 8 / Mm 30	lu		ma	x	mi		ju		vi		sa		do		(1) normal: X	(2) extra

Estaba realizando su labor habitual?				Diligenciar solo en caso negativo cuál:	Código	Tiempo total laborado previo al accidente	
(1) SI	X	(2) NO				Hh	90

Tipo de accidente

(1) Violencia □ (2) Tránsito □ (3) Deportivo □ (4) Recreativo o Cultural □ (5) Propios del Trabajo □X

¿Causó la muerte al trabajador?				Fecha de la Muerte			Departamento del Accidente:	Municipio del Accidente:
(1) SI		(2) NO	X	dd	m	aaaa	ANTIOQUIA	MEDELLIN

Zona donde ocurrió el accidente:				Lugar donde ocurrió el accidente:	
U	X	R		(1) Dentro de la empresa X□	(2) Fuera de la empresa □

INDIQUE CUAL SITIO:

- [ ] (1) Almacenes o Depósitos
- [ ] (4) Corredores o Pasillos
- [ ] (7) Oficinas
- [X] (2) Áreas de Producción
- [ ] (5) Escaleras
- [ ] (8) Otras Áreas Comunes
- [ ] (3) Áreas Recreativas o Deportivas
- [ ] (6) Parqueaderos o Áreas de Circulación Vehicular
- [ ] (9) Otro; Especificar_____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:

Frente de trabajo # 1 COLITAS

TIPO DE LESIÓN:

- [ ] (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)
- [X] (41) Herida abierta
- [ ] (50) Trauma superficial
- [ ] (55) Golpe o contusión o aplastamiento
- [ ] (61) Quemadura calórica
- [ ] (62) Quemadura química)
- [ ] (70) Envenenamiento o intoxicación
- [ ] (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 AFECTADA

- [ ] (1.1) Región craneana
- [ ] (1.2) Ojo
- [ ] (1. 3) Oreja
- [ ] (1.4) Boca (labios, dientes, lengua)
- [ ] (1.5) Nariz
- [ ] 1.6) Cara (no clasificado en otros)
- [ ] (1.8) Cabeza (ubicaciones múltiples)
- [ ] (1.9) Cabeza (ubicación no precisada)
- [ ] (2) Cuello

La Compañía de tus Proyectos
Transversal 33 Sur. N° 32D – 25. Barrio La Magnolia. Municipio de Envigado.
PBX: 444 71 65 – info@ingealquipos.com.co

☐ (3.1) Espalda	☐ (3.2) Tórax	☐ (3.3) Abdomen
☐ (3.4) Pelvis	☐ (3.8) Tronco (ubicaciones múltiples)	☐ (3.9) Tronco (ubicación no precisada)
☐ (4.1) Hombro	☐ (4.2) Brazo	☐ (4.3) Codo
☐ (4.4) Antebrazo	☐ (4.5) Muñeca	☒ (4.6) Mano
☐ (4.7) Dedos	☐ (4.8) Miembro superior ubicaciones múltiples	☐ (4.9) Miembro superior ubicación no precisada
☐ (5.1) Cadera	☐ (5.2) Muslo	☐ (5.3) Rodilla
☐ (5.4) Pierna	☐ (5.5) Tobillo	☐ (5.6) Pie
☐ (5.7) Dedos de los pies	☐ (5.8) Miembro inferior ubicaciones múltiples	☐ (5.9) Miembro inferior ubicación no precisada
☐ (6.1) Cabeza y tronco, cabeza y uno o varios miembros	☐ (6.2) Tronco y uno o varios miembros	☐ (6.3) Un miembro superior y un miembro inferior o más de dos miembros
☐ (6.8) Otras ubicaciones múltiples	☐ (6.9) Ubicaciones múltiples no precisada	
☐ (7.1) Aparato circulatorio general.	☐ (7.2) Aparato respiratorio general	☐ (7.3) Aparato digestivo general
☐ (7.4) Sistema nervioso general	☐ (7.8) Otras lesiones generales	☐ (7.9) Lesiones generales no precisadas

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		

La Compañía de tus Proyectos
Transversal 33 Sur. N° 32D – 25. Barrio La Magnolia. Municipio de Envigado.
PBX: 444 71 65 – Info@Ingealquipos.com.co

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:

[ ] (1.1) Caídas de altura o en profundidades	[ ] (1.1) Caídas de personas al mismo nivel	[ ] (2.1) Derrumbe
[ ] (2.2) Desplome	[ ] (2.3) Caídas de objetos	[ ] (2.4) Otras caídas de objetos
[ ] (3.1) Pisadas sobre objetos	[ ] (3.2) Choques contra objetos inmóviles	[ ] (3.3) Choque contra objetos móviles
[ ] (3.4) Golpes por objetos móviles	[ ] (4.1) Atrapamiento por un objeto	[ ] (4.2) Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil
[ ] (4.3) Atrapamiento entre dos objetos móviles	[ ] (5.1) Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos	[ ] (5.2) Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos o tirar de ellos
[ ] (5.3) Esfuerzos físicos excesivos al manejar o lanzar objetos	[ ] (5.4) Falsos movimientos	[ ] (6.1) Exposición al calor
[ ] (6.2) Exposición al frio	[ ] (6.3) Contacto con sustancias u objetos ardientes	[ ] (6.4) Contacto con sustancias u objetos muy fríos
[ ] (7) Exposición a, o contacto con la corriente eléctrica	[ ] (8.1) Contacto por inhalación por ingestión o por absorción de	[ ] (8.2) Exposición por radiaciones ionizantes
[ ] (8.3) Exposición a otras radiaciones	[x] (9.1) Otras formas de accidentes no clasificadas	[ ] (9.2) No clasificado por falta de Datos

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO:

El día 24 de febrero de 2026, el trabajador Frank Ramón quintero Vargas se encontraba afilando un cuchillo utilizando una pulidora. De manera repentina, el cuchillo se le resbaló, provocándole una herida abierta en la palma de la mano izquierda, de aproximadamente 2 cm de longitud. La lesión presentó sangrado moderado y dolor leve.

REGISTRO





VERSIÓN TRABAJADOR ACCIDENTADO:

Me encontraba sacando filo a un cuchillo con la pulidora, cuando se chocó y me corta la mano izquierda

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

¿Hubo personas que presenciaron el accidente? SI [ ] NO [x] En caso afirmativo, diligenciar la siguiente información y anexar las versiones:

APELLIDOS Y NOMBRES:		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CARGO: ENCARGADO	FIRMA:	CC [ ] TI [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No. 98516120
Versión del testigo:		

APELLIDOS Y NOMBRES:		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CARGO	FIRMA	CC [ ] TI [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No.
Versión del testigo:		

V. CAUSAS DEL ACCIDENTE

Metodología para identificar las causas

Falta de Controles Administrativos	Causas Básicas	Causas Inmediatas	Contacto	Perdida
Deficiencias en la supervisión	**Factores del Trabajo:** -HERRAMIENTAS Y EQUIPOS INADECUADOS. -falta de procedimiento de procedimiento seguro de trabajo	**Condiciones Inseguras:** -METODOS O PROCEDIMEINTOS PELIGROSOS. -uso de maquinaria inadecuadamente	Corte con maquinaria	Dolor leve, herida abierta y incapacidad de 10 días.
	Factores Personales: EXESO DE CONFIANZA.	**Actos Inseguros:** -NO ACATAR LAS RECOMENDACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD . - manipulación de maquinaria para lo que no esta diseñada		

CAUSAS INMEDIATAS

ACTOS INSEGUROS (describir de forma detallada cada causa básica e inmediata identificada de acuerdo *a lo sucedido y que dio origen a la materialización del AT).*

- No utilizar los elementos de protección personal (guantes)
- Técnica inadecuada para el uso de la pulidora
- No asegurar el cuchillo para afilarlo

CONDICIONES INSEGURAS

- Falta de sistema de sujeción (prensa o soporte
- pulidora sin guardas adecuadas o protección insuficiente.

CAUSAS BÁSICAS

FACTORES PERSONALES

- Exceso de confianza / hábito.
- Falta de precesión del riesgo

FACTORES DEL TRABAJO

- Ausencia de procedimientos seguro de trabajo

VI. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

Acción Correctiva, Preventiva y/o de Mejora	Aplica en			Implementación		Verificación		
	F	M	P	Fecha	Responsable	Fecha	Efectividad	Responsable
Realizar la lección aprendida del accidente del señor Frank Ramon Quintero			x	10-03-2026	Auxiliar SST	10-03-26	SI	Residente SST Coordinador SST
Socialización de ATS			X	10-02-2026	Residente SST	10-03-26	SI	Residente SST Coordinador SST
Realizar la divulgación del AT con todo el personal			X	Mes de marzo	Residente SST	Mes de marzo	SI	Residente SST Coordinador SST

VII ANALISIS DE LOS COSTOS DERIVADOS DEL EVENTO

Costos por daños en maquinaria, equipos y/o herramientas	0
Costos por daños en EPP	4000
Costos por daños en materias primas	0
Costos por daños a terceros	0
Costos por daños al producto terminado	0
Costos asociados a la prestación de primeros auxilios	15000
Costos por materiales utilizados en la contingencia ambiental	0

Retraso en el proceso productivo por suspensión o cierre de las actividades	0
Costos de las horas de las personas que investigan el evento	20000
Costos de las horas de las personas durante la implementación del plan de acción	300.000
Costo por multas, demandas o demás asociados	0
Costos por lesión de residuos generados (convencionales y/o especiales)	0
Otros costos asociados	583.333
TOTAL, COSTOS	**$1,102,333**

VIII. LECCIONES APRENDIDAS

- Socialización de ATS
- Continuar diligenciando los permisos de trabajo y preoperacionales
- No realizar actos inseguros.

IX. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Departamento: ANTIOQUIA	**Municipio:** MEDELLIN	
Dirección: Frente de trabajo colinita frente 1	**Fecha: 02-03-2026**	**Hora:** 3:00 pm

EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre	Cargo		Documento Identidad		Firma
	En la Empresa	EN EL SIGSST	Tipo*	Número	
Rafael Higuita Valencia	Profesional de SST	Profesional de SST	CC.	71767191	
Kelly Dayana Forero Rodríguez	Auxiliar de SST	Auxiliar de SST	C, C	1017237774	Kelly Forero
Daniela Estrada Vargas	Auxiliar de SST	Auxiliar de SST	C,C	1007349150	
Jhon Jamiton Bedoya Gonzales	TECNOLOGO	TECNOLOGO	C.C	1216713015	

* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Firma _____

Nombre Rafael Miguez

Doc. identidad Tipo: CC Número * CC 71767191

Licencia S.O. 20230600023333.

REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____

Nombre _____

Doc. Identidad Tipo: CC Número * ____ _____

* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

FECHAS DE REMISIÓN

Envío de la investigación de la Empresa a la ARL	NA
Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa	NA
Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio de Protección Social	NA