INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

AXA COLPATRIA

El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: **SALUD TOTAL S.A. E.P.S**	CÓDIGO EPS: **EPS002**	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO: **COLPATRIA**	CÓDIGO ARL: **4**
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO: **PORVENIR**	SEGURO SOCIAL: SI [ ] NO [X]	CUAL?: **PORVENIR**	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL: **003**

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR [X] (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: **ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS SAS**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [X] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **900243322**			
DIRECCIÓN: **CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106**	TELÉFONO: **6044079797**	FAX: **0**	DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): **gerencia@estructurasypavimentos.com**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	ZONA: U [X] R [ ]		
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: **ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS SAS**	¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [X] NO [ ]				
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: **Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye el dragado de vías de navegación.**	CÓDIGO: **4429001**				
DIRECCIÓN: **CLL 10 SUR 50 FF 28 INT 106**	TELÉFONO: **6044079797**	FAX: **0**			
DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	ZONA: U [X] R [ ]	

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [X] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ] — CARGO: **AYUDANTE DE OBRA**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Solo para Independiente): Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye el dragado de vías de navegación. — CÓDIGO: **4429001**

NOMBRE COMPLETO: **JHORLETH CONTRERAS ARRIETA**	FECHA DE NACIMIENTO: **11/10/1987**	SEXO: M [X] F [ ]	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **1044911952**	TELÉFONO: **3165634361**	FAX: **3165634361**
DIRECCIÓN: **CRA 10 CL 55-366 INT 137**	DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**	ZONA: U [X] R [ ]
OCUPACION HABITUAL: **Oficiales y operarios de la construcción (obra gruesa) y afines**	CÓDIGO: **000712**	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **29 días - 006 meses**	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: **04/08/2025**	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): **1855821.00**	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNO [X] (2) NOCTURNO [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]	

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: **03/03/2026**	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): **10:30**	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: **Martes**	JORNADA EN QUE SUCEDE: (1) NORMAL [X] (2) EXTRA [ ]
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI [X] (2) NO [ ]	MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: **PRESENCIAL**	¿EL ACCIDENTE ES POR CAÍDA DE ALTURA? (1) SI [ ] (2) NO [X]	
CUÁL? (SOLO EN CASO NEGATIVO)	CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: **02 horas - 40 minutos**	

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VilOLENCIA [ ] (2) TRÁNSITO [ ] (3) DEPORTIVO [ ] (4) RECREATIVO O CULTURAL [ ] (5) PROPIOS DEL TRABAJO [X]

¿CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR? (1) SI [ ] (2) NO [X]	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: **ANTIOQUIA**	CÓDIGO: **5**	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: **MEDELLIN**	CÓDIGO: **05001**
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U [X] R [ ]	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [X] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]			

INDIQUE CUAL SITIO:
- [ ] (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- [X] (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- [ ] (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS
- [ ] (4) CORREDORES O PASILLOS
- [ ] (5) ESCALERAS
- [ ] (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- [ ] (7) OFICINAS
- [ ] (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- [ ] (9) OTRO:

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 (exclución o pérdida de ojo)
- [X] (41) HERIDA
- [ ] (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- [ ] (55) GOLPE O CONTUSION O APLASTAMIENTO
- [ ] (60) QUEMADURA
- [ ] (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- [ ] (80) EFECTO DEL TIEMPO, 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:

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:
- [ ] (1) CABEZA
- [ ] (1.12) OJO
- [ ] (2) CUELLO
- [ ] (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
- [ ] (3.32) TORAX
- [ ] (3.33) ABDOMEN
- [ ] (4) MIEMBROS SUPERIORES
- [X] (4.46) MANOS
- [ ] (5) MIEMBROS INFERIORES
- [ ] (5.56) PIES
- [ ] (6) UBICACIONES MÚLTIPLES
- [ ] (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR):
- [ ] (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- [ ] (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- [ ] (3) APARATOS
- [X] (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [ ] (4) MATERIALES O SUSTANCIAS
- [ ] (44) 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 O RADIACIONES O SALPICADURAS
- [X] (9) OTRO: **Cortado con herramienta cortopunzante**

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE

El trabajador manifiesta que, siendo las 10:30 a. m. del día 03 de marzo de 2026, se encontraba realizando la reparación manual de una escoba. Para esta actividad utilizaba una herramienta cortopunzante y, de manera accidental, esta se le resbaló, ocasionándole una herida en la mano izquierda, con la cual sostenía el elemento en reparación. Presenta una lesión de aproximadamente 2 a 3 centímetros de longitud, con leve sangrado e inflamación moderada. Refiere dolor al movimiento, lo que le impide continuar con sus labores habituales. Posteriormente, tras recibir atención médica, se le otorgan tres (3) días de incapacidad laboral.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [ ] NO [X]		
NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO
NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	CARGO

RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

NOMBRE COMPLETO: **FREDY GOMEZ LOZANO**	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] NU [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] PT [ ]	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: **11938299**	CARGO: **COORDINADOR SST**

FIRMA o SELLO:

AXA COLPATRIA reinventando los seguros — SEGUROS DE VIDA ARL

04/03/2026

RECIBIDO PARA ESTUDIO

REPORTE No. **20260021440**

FECHA DE RECEPCIÓN: **04/03/2026**

AXA COLPATRIA ARL

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	SEGURO SOCIAL	SI	NO	CUÁL	CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
PORVENIR		☐	☑		**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 ☐ 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
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	MUNICIPIO	ZONA	CARGO
ANTIOQUIA	**MEDELLÍN**	U ☑ R ☐	**AYUDANTE DE OBRA**

OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE
Oficiales y operarios de la construcción (obra	**5001**	**29 06**

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
03 03 2026	**10 30**	LU MA **X** MI JU 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	TIPO DE ACCIDENTE
02 30	(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)

☐	(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
☐	(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) CORTADO CON HERRAMIENTA CORTOPUNZANTE

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, siendo las 10:30 a. m. del día 03 de marzo de 2026, se encontraba realizando la reparación manual de una escoba. Para esta actividad utilizaba una herramienta cortopunzante (Navaja) y, de manera accidental, esta se le resbaló, ocasionándole una herida en la mano izquierda, con la cual sostenía el elemento en reparación. Presenta una lesión de aproximadamente 2 a 3 centímetros de longitud, con leve sangrado e inflamación moderada. Refiere dolor al movimiento, lo que le impide continuar con sus labores habituales. Posteriormente, tras recibir atención médica, se le otorgan tres (3) días de incapacidad laboral.

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
	1 3 0 3 2 0 2 6

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

Se identifica que el accidente era prevenible, y que su ocurrencia está directamente relacionada con fallas en la gestión del riesgo, específicamente en la implementación de controles operacionales, capacitación del personal y supervisión de las actividades.

En consecuencia, se hace necesario fortalecer los mecanismos de control mediante la estandarización de procedimientos seguros de trabajo, el uso obligatorio de elementos de protección personal y la implementación de controles de ingeniería que reduzcan la exposición directa al riesgo.

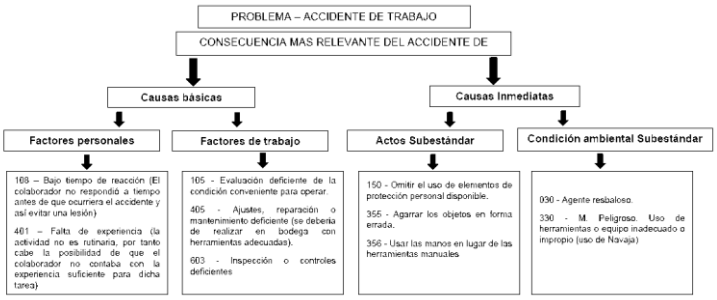
VI. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACÁ EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)

IMAGEN RECREADA CON IA





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



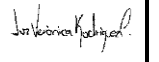
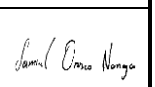
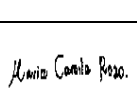
VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	**ACTOS SUBESTANDAR**	**FACTORES DE TRABAJO**	**FACTORES PERSONALES**
150 - Omitir el uso de elementos de protección personal disponible.	030 - Agente resbaloso.	105 - Evaluación deficiente de la condición conveniente para operar.	108 – Bajo tiempo de reacción (El colaborador no respondió a tiempo antes de que ocurriera el accidente y así evitar una lesión)
355 - Agarrar los objetos en forma errada.	330 - M. Peligroso. Uso de herramientas o equipo inadecuado o impropio (uso de Navaja)	405 - Ajustes, reparación o mantenimiento deficiente (se debería de realizar en bodega con herramientas adecuadas).	401 – Falta de experiencia (la actividad no es rutinaria, por tanto cabe la posibilidad de que el colaborador no contaba con la experiencia suficiente para dicha tarea)
356 - Usar las manos en lugar de las herramientas manuales		603 - Inspección o controles deficientes	

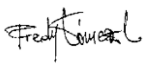
IX. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA

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 lección aprendida.			**X**	30/04/2026	30/05/2026			SST
Sensibilizar a los trabajadores sobre los riesgos de realizar tareas ocasionales sin controles definidos.			**X**	30/04/2026	30/05/2026			SST
Prevenir lesiones por manipulación de herramientas mediante el uso adecuado de EPP y técnicas seguras.			**X**	30/04/2026	30/05/2026			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___

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Estructuras y Pavimentos S.A.S.	**ANALISIS CAUSAL**	**Código**:	F-SST-82
		Páginas:	Página **1** de **1**
	Fecha de Creación: 01/06/2022	**Versión:**	**00**

- Metodología: Árbol de causas
- Nombre de trabajador accidentado: **JHORLETH CONTRERAS ARRIETA**
- Fecha del accidente: **3 DE MARZO DEL 2026**

PROBLEMA – ACCIDENTE DE TRABAJO

CONSECUENCIA MAS RELEVANTE DEL ACCIDENTE DE

Causas básicas

Factores personales

108 – Bajo tiempo de reacción (El colaborador no respondió a tiempo antes de que ocurriera el accidente y así evitar una lesión)

401 – Falta de experiencia (la actividad no es rutinaria, por tanto cabe la posibilidad de que el colaborador no contaba con la experiencia suficiente para dicha tarea)

Factores de trabajo

105 - Evaluación deficiente de la condición conveniente para operar.

405 - Ajustes, reparación o mantenimiento deficiente (se debería de realizar en bodega con herramientas adecuadas).

603 - Inspección o controles deficientes

Causas Inmediatas

Actos Subestándar

150 - Omitir el uso de elementos de protección personal disponible.

355 - Agarrar los objetos en forma errada.

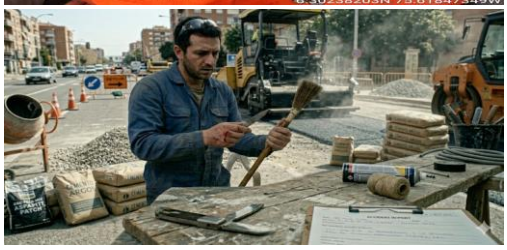
356 - Usar las manos en lugar de las herramientas manuales

Condición ambiental Subestándar

030 - Agente resbaloso.

330 - M. Peligroso. Uso de herramientas o equipo inadecuado o impropio (uso de Navaja)

SISTEMA DE GESTÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
Estructuras y Pavimentos S.A.S.	FORMATO DE LECCIÓN APRENDIDA	CODIGO:	F-SSTT-069
		PAGINA:	1 de 1
	Fecha de Modificación: 25/05/2021	VERSIÓN:	02

Fecha de Elaboración: 13 DE MARZO DEL 2026	**Imágenes Relacionadas**
Resposansable: KELLY PERNET	 
Fecha de Socializacion: MAXIMO - 30 DE ABRIL 2026	
Incidente o Accidente de Trabajo: **Accidente de Trabajo Leve**	
Nombre del Trabajador: JHORLETH CONTRERAS ARRIETA	
Fecha del Evento / **Lugar del Evento**	
03 DE MARZO DEL 2026 / **FRENTE #03 - MALLA VIAL - MEDELLÍN**	
Descripción del Evento:	**IMAGEN RECREADA CON IA**
El trabajador manifiesta que, siendo las 10:30 a. m. del día 03 de marzo de 2026, se encontraba realizando la reparación manual de una escoba. Para esta actividad utilizaba una herramienta cortopunzante (Navaja) y, de manera accidental, esta se le resbaló, ocasionándole una herida en la mano izquierda, con la cual sostenía el elemento en reparación. Presenta una lesión de aproximadamente 2 a 3 centímetros de longitud, con leve sangrado e inflamación moderada. Refiere dolor al movimiento, lo que le impide continuar con sus labores habituales. Posteriormente, tras recibir atención médica, se le otorgan tres (3) días de incapacidad laboral.	
¿Qué aprendimos?	**Describa la severidad o Diagnostico**
Las actividades de reparación de herramientas, especialmente cuando se realizan de manera ocasional, deben ejecutarse exclusivamente en áreas designadas como la bodega, donde se cuenta con las condiciones seguras, herramientas adecuadas y elementos de apoyo necesarios para su correcta intervención. La ejecución de este tipo de tareas en áreas no acondicionadas incrementa la exposición a riesgos, debido a la ausencia de controles de ingeniería como sistemas de sujeción, superficies de trabajo adecuadas y herramientas seguras. Así mismo, se evidencia la importancia del uso obligatorio de elementos de protección personal, los cuales actúan como una barrera fundamental frente a riesgos mecánicos derivados del uso de herramientas cortopunzantes. En consecuencia, se establece como medida preventiva que toda actividad de reparación deberá realizarse en la bodega o área definida para tal fin, garantizando el uso adecuado de EPP y el cumplimiento de prácticas seguras de trabajo, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos similares.	**CODIGO CIE 10** **S619 - HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIFICADA.**
Firma del SST:	

Nro: 2603000285

Clínica CES

CORPORACION PARA ESTUDIOS EN SALUD CLINICA CES - CORPORACION PARA ESTUDIOS EN SALUD CLINICA CES
NIT 890982608-1
REPS 050010212401

INCAPACIDAD MÉDICA

Aseguradora: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Lugar y fecha de expedición: MEDELLIN - 2026-03-04 12:51:02
Nombre Afiliado: CONTRERAS ARRIETA JHORLETH
Documento de Identetidad: CC 1044911952

Fecha inicio incapacidad:	2026/03/04	**Fecha fin incapacidad:**	2026/03/06	**Dias Incapacidad:**	3 (TRES)
Grupo de servicios:	Atención Inmediata				
Modalidad de la Prestación:	INTRAMURAL				
Código diagnóstico principal:	S619				
Código diagnóstico relacionado:					
Presunto origen de la incapacidad:	LABORAL				
Causa de la atención:	LABORAL				
Prórroga:	NO				
Incapacidad retroactiva:	NO				
Observaciones:					

MESA VASQUEZ SOFIA

CC 1238938153

Powered by CamScanner