CÓDIGO:CONSORCIO ROOSTER	CONSORCIO ROOSTER	VERSIÓN 1
FECHA: 17/06/2026	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	PÁGINA 1 DE 1

Fecha de la Investigacion	**25/09/2026**	**Hora de la Investigacion**	10:00	**Tipo de Evento**	**ACCIDENTE** X	**INCIDENTE**

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD - EMPLEADOR

Nombre o Razón Social: Consorcio Rooster	
NIT o C.C: 902077939-3	
Actividad Económica:	**Clase de Riesgo: 5**
Nombre del Representante Legal:	
Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Profesión**
Dirección: Calle 20 · 12-84 CC. Plaza Real Oficina 210B	
Teléfono: 3105602708	
Municipio: Tunja	**Departamento: Boyacà**

DATOS DE LA PERSONA INVOLUCRADA - ACCIDENTADA

Nombres y Apellidos	JUAN ESTEBAN TRIANA SANCHEZ						
Documento de Identidad	1.073.328.126	**Tipo de documento**				CEDULA DE CIUDADANIA	
Fecha de Nacimiento	20/10/1988	**Genero**				MASCULINO	
ARL a la que pertenece	SURA	**EPS a la que pertenece**				NUEVA EPS	
AFP a la que pertenece	PROTECCION	**Nombre del Jefe inmediato**				CARLOS FREDY BERNAL	
Tipo de vinculacion con la Entidad	Planta	Labor u Obra X	Mision	Contratista	Subcontratista	Prestacion de servicios	Visitante

Cargo	**AYUDANTE DE OBRA**	**Tiempo en el cargo (meses)**	**1 MES**	**Tiempo de experiencia en la labor (meses)**	**24 MESES**
Fecha de Ingreso a laborar	**4/09/2026**	**Grado de escolaridad**			

Tipo de Labor	Administrativa	Operativa X	**El Funcionario ha estado involucrado en otros eventos anteriores?**	**SI** **NO** X	**FECHA**

INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

Fecha de ocurrencia (D-M-A)	10/09/2026	**Hora de ocurrencia del evento**	2:25 p. m.
Lugar donde ocurrió el evento	Acceso peatonal Mòludo B	**Dia de la semana**	Jueves
Dirección donde ocurrió el evento	**BaseAèrea de Combate 1**	**Municipio / Departamento**	Puerto Salgar, Cundinamarca
Hora de inicio de la jornada laboral X X	6:00	**Área o proceso**	**Operativo**
Tiempo previo a la labor	7 Horas 25 Minutos	**Ocasiono la muerte al involucrado? (Maque con una x)**	Sí? No? X

Zona	**Rural**		**Urbana**	**X**	**Al momento de ocurrir el evento, el accidentado estaba con o de**		
¿El oficio que ejecutaba era propio de su cargo?	Sí	**X**	No		**Descanso Vacaciones**	**Permiso**	**Trasnochado**	**Incapacitado**	**Preocupaciones**	**Sin novedad** X
Se informó oportunamente el evento?	Sí	**X**	No		**El involucrado conocía los riesgos de la labor que realizaba? SI**	**N** X		**Se han presentado otros incidentes o accidentes de trabajo por el mismo evento? SI**		**NO** X
Al momento de ocurrir el evento el involucrado tenia sus EPP? Si no aplica marqe aquí.	Sí	**X**	No		**Tenia el tipo de protección necesaria para la labor que realizaba? Cual**			CASCO, LENTES, GUANTES		
Habia recibido instrucciones, capacitaciones, inducciones para realizar la tarea?	**SI** X **NO**		**Cuales?**		**Induccìon para el cargo, socializaciones de los riesgos de las tareas.**					

A quien se le informo?	**Nombres, apellidos y cargo: Carlos Fredy Bernal**

Seleccione con una X el sitio exacto donde ocurrió el evento

Almacenes o depósitos	**Oficinas**	**Areas de producción** X	**Áreas recreativas o deportivas**	**Escaleras**	**Corredores o pasillos**	**Proyectos u Obras**	**Otras áreas comunes**
Fuera de las instalaciones	**Parqueaderos o áreas de circulación vehicular**	**Otro?**	**Especifique:**				

Describa las acciones adelantadas con el accidentado desde el momento de la notificacion: El colaborador manifiesta dolor de forma inmediata, se le indica que se dirija al centro mèdico màs cercano para recibir atenciòn de urgencias por ARL.

Se le brindo los primeros auxilios? SI X **NO**	**Se remitio a una entidad medica? SI** X **NO**	**IPS donde recibió la atención?**
RAZONES	**RAZONES**	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
		Tiempo para la Atención en la IPS

Total días de incapacidad hasta la fecha de la investigación	11	**¿Continúa incapacitado?**	**Sí**	**No**	**No. de dias?**	

Cómo ocurrió el evento?: REDACTE DE TAL FORMA QUE RESPONDA A LAS PREGUNTAS DE QUIEN? QUE? COMO? CUANDO? DONDE? DIBUJOS, CROQUIS O FOTOS (COLOCAR EN EL ANEXO 1)
EL Funcionario DEBE ENTREGAR POR ESCRITO Y DEBIDAMENTE FIRMADA LA VERSIÓN DE LOS HECHOS. PARA EFECTOS DE AMPLIAR INFORMACIÓN, DILGENCIAR ANEXOS 2 Y 3, OPCIONALES

CÓDIGO:CONSORCIO ROOSTER	CONSORCIO ROOSTER	VERSIÓN 1
FECHA: 17/06/2026	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	PÁGINA 1 DE 1

El colaborador Juan Esteban Triana Sanchéz sufriò un accidente el dia 10 de septiembre sobre las 2:25 am cuando se encontraba desdoblando una varilla de acero, sufriò contusiòn en la rodilla derecha que le produjo dolor y se remitiò al servicio de urgencias del Hospital Diogenes Troncoso.

CÓDIGO:CONSORCIO ROOSTER	CONSORCIO ROOSTER	VERSIÓN 1
FECHA: 17/06/2026	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	PÁGINA 1 DE 1

CARACTERIZACION DEL EVENTO

PARTE (s) DEL CUERPO AFECTADA	TIPO DE LESION(es)	MECANISMO DEL ACCIDENTE	AGENTE DE LA LESION
RODILLA DERECHA	TRAUMA SUPERFICIAL	GOLPES POR O CONTRA OBJETOS	AMBIENTES DE TRABAJO

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL EVENTO

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	IDENTIFICACIÓN	PROCESO - AREA
URIEL EDUARDO MARTINEZ TRIANA	AYUDANTE	3.133.060	OPERATIVA

NOTA: Anexar versiones de los testigos en el anexo 3 (incluir nombres completos, cargos, números de cédula y teléfono si es posible) formato entrevista

CAUSAS INMEDIATAS

ACTOS INSEGUROS Acciones o inacciones de la persona que tienen un efecto adverso inmediato	CONDICIONES INSEGURAS Que debieron haber existido o fallaron debido a que eran débiles, inadecuadas o ausentes; (Tecnologicas, Normativas, Instrucción)
Utilización de herramientas hechizas o no diseñadas especificamente para la actividad	Uso de herramienta hechiza no convencional
Aplicación de fuerza manual sobre la varilla sin garantizar el control y estabilidad del elemento	Ausencia o deficiencia de un dispositivo seguro y adecuado ara el doblado o desdoblado de las varillas
Posible adopción de una posición corporal expuesta a la trayectoria de desplazamiento de la varilla	Condiciones inadecuadas del puesto de trabajo paa la manipulación de la varilla

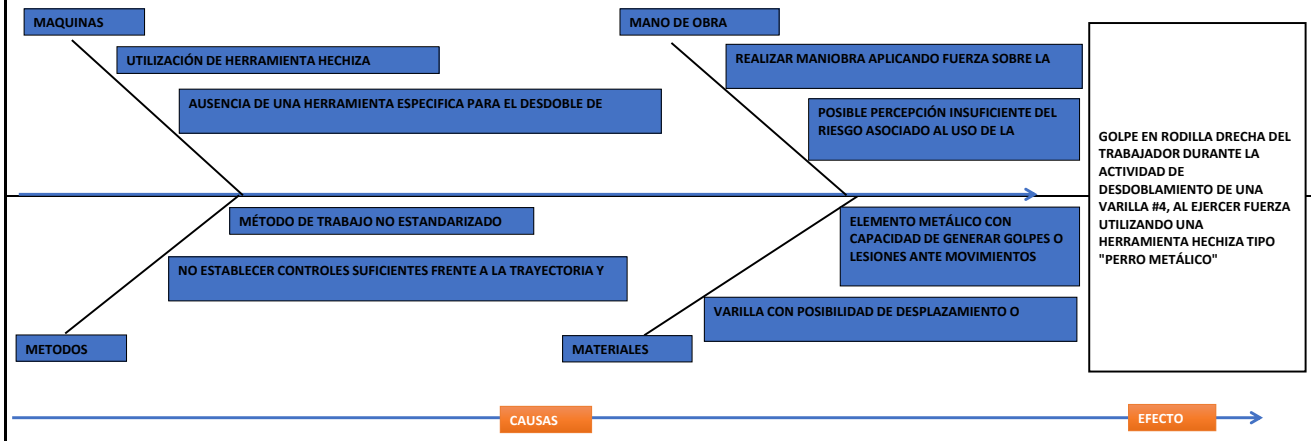
CAUSAS BÁSICAS

FACTORES PERSONALES Factores que influencian directamente la eficiencia en la persona en los lugares de trabajo	FACTORES DE TRABAJO Condiciones presentes en el sistema antes del accidente que se evidencian por factores desencadenantes
Falta de percepción del riesgo	Deficiencia en la identificación y evaluación de los peligros
Exceso de confianza en la ejecución de la tarea	Falta de control sobre el uso de herramientas hechizas
	Falta de controles administrativos y/o supervisión efectiva

PROCESOS ORGANIZACIONALES QUE POSIBILITARON EL EVENTO (SOLO SI APLICA O SE PERCIBEN)

ANALISIS DE CAUSAS

DIAGRAMA DE ISHIKAWA O CAUSA/EFECTO.(se puede incluir diagrama en el anexo 1)



Amplie las causas en este recuadro (Si es necesario):

Clasificación del evento	Acto Inseguro	Condición Insegura	Probabilidad de que ocurra nuevamente?			RAZONES
	[X]	[X]		SI [ ]	NO [X]	

CÓDIGO:CONSORCIO ROOSTER	CONSORCIO ROOSTER	VERSIÓN 1
FECHA: 17/06/2026	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	PÁGINA 1 DE 1

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE	CARGO	FECHA
SOCIALIZACIÓN DE LECCIÓN APRENDIDA	VANESA LINARES LOZANO	SST	18/09/2026

EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre	Carlos Fredy Bernal	**Nombre**	Yuli Vanesa Linares Lozano
Firma		**Firma**	
Cargo	Maestro General	**Cargo**	Residente SST

PARA ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Representante SST con licencia	Licencia	Nombre:
Nombre:		Firma Representante Legal:
Firma:	Fecha emisión	Cargo: