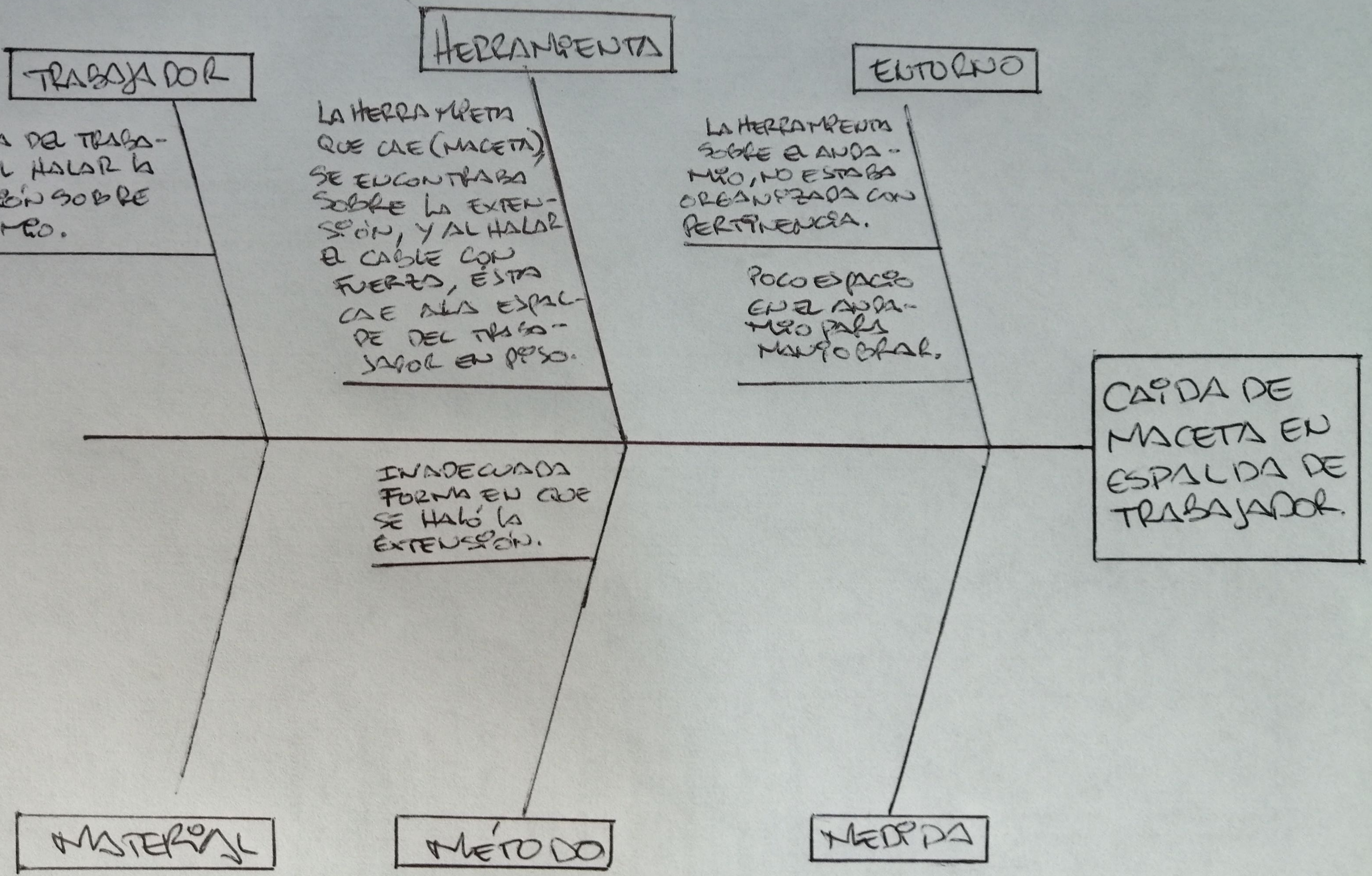
ANEXO 1.

LA PAREJA DE TRABAJADORES, SE ENCONTRABAN LABORANDO; BRAINER SOBRE EL ANDAMIO, Y LUIS, A NIVEL DE PISO. EN UN MOMENTO DADO, EL TRABAJADOR QUE SE ENCONTRABA EN EL ANDAMIO, NECESITÓ EJECUTAR UNA LABOR, QUE REQUERÍA, DEL USO DE LA EXTENSIÓN. BRAINER (TRABAJADOR SOBRE EL ANDAMIO), DECIDIÓ HALAR CON FUERZA LA EXTENSIÓN, PARA PODER CONECTAR SU HERRAMIENTA Y NO SE PERCATÓ, QUE UNA MACETA SE ENCONTRABA POSANDO DICHA EXTENSIÓN. AL EJECUTAR ESTA ACCIÓN, LA MACETA CAE HACIENDO UN MOVIMIENTO SEMI PARABÓLICO, GOLPEANDO EN LA ESPALDA AL TRABAJADO A NIVEL DE PISO AGACHADO FRENTE AL ANDAMIO.

ANEXO 2.


TRABAJADOR
IMPERICIA DEL TRABAJADOR AL HALAR LA EXTENSIÓN SOBRE EL ANDAMIO.
HERRAMIENTA
LA HERRAMIENTA QUE CAE (MACETA) SE ENCONTRABA SOBRE LA EXTENSIÓN, Y AL HALAR EL CABLE CON FUERZA, ÉSTA CAE MÁS ESPALDA DEL TRABAJADOR EN PISO.
ENTORNO
LA HERRAMIENTA SOBRE EL ANDAMIO, NO ESTABA ORGANIZADA CON PERTINENCIA.
POCO ESPACIO EN EL ANDAMIO PARA MANIOBRAR.
CAÍDA DE MACETA EN ESPALDA DE TRABAJADOR.
INADECUADA FORMA EN QUE SE HALÓ LA EXTENSIÓN.
MATERIAL
MÉTODO
MEDIDA

ANEXO 3

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL

REPORTE DE EVENTOS

Fecha	Página
	1 de 1
1/10/2019	Versión 00
Código del Documento	
FT-SST-005	

Nombre: Brainer Ortiz Alape
Identificación: CC. 1000987065
Edad: 24
Cargo: Auxiliar

Accidentado ☐ Testigo ☒ Enfermo ☐

Yo, el abajo firmante, declaro que lo expresado aquí se ajusta a la verdad.

Me encontraba en el andamio, cuando necesitaba la extensión electrica, la halé y no me percaté que la maseta estaba encima de la extensión, lo que ocasiono la caida de esta herramienta y al caer golpeo a mi oficial en la espalda cuando estaba agachado

Fecha: 31 03 2021

Firma

1000.987065
Cédula

LUKSO S.A.S.
INGENIERÍA ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN

Lista de Asistencia

PROYECTO: SG - SST
FOR-LKSST-012
V. 01

Tema: Sensibilización AT. Lugar: PROYECTO MEBOG

Fecha: 22 Marzo del 2021

LISTADO DE ASISTENTES				
No.	NOMBRE COMPLETO	CORREO ELECTRÓNICO	CARGO	FIRMA
1.	Willinton Prado Ieiva.	Prdaleiva03@gmail.com	Aux. electrico	
2.	Daniel Arias Motta	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Aux electrico	
3.	Gilder A. O	— o — a — c —	OF	
4.	Brainer Ortiz Alape	brayer.brayer@hotmail.com	Aux electrico	
5.	Alexander Espinoza L.	alexhma7@hotmail.com	Oficial Fal	
6.	[illegible]		Ofc	
7.	Carlos Javier Jimenez	— 11 — 11 — 1 —	ofl	
8.	Jonathan Garcia Gutierrez	jmoralthangarcia@gmail.com	AUX	
9.	Jose Fernando Solorzano Torres	— 11 — 11 —	Auxiliar	
10.	SHOU FREDY SOLORZANO TORRES	Thoa1994@hotmail.es	AUXILIAR	
11.	ALEXANDER ROMES OTERO	Ar 6407700@GMAIL.COM	AUXILIAR	
12.	Pedro Alexi Lopez Nuñez	Pedroalexi@gmail.com	Oficial	
13.	JANPIHER COCA TARAZONA	JANPIHER COCA T	AYUDANTE	
14.	Iván David Ramirez	Ivandavidramirez1991@gmail.	Ayudante	
15.	Nicolas Ruiz	njcdaz.natty@hotmail.com	Ayudante	
16.	Brayan Camelo	brayanbgco@gmail.com	Auxiliar	
17.	William Camilo Ramirez	wr 8310832@gmail.com	Auxiliar	
18.	Jorman Gomez Ochoa	JormanB.Gomez@Gmail.com	OF	
19.	LUIS TAFUR	luis.enrique9126@HOTMAIL	OF.	
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

LUKSO S.A.S.
INGENIERIA ELECTRICA Y ILUMINACION

Lista de Asistencia

PROYECTO: SG - SST
FOR-LKSST-012
V. 01

Tema: Autocuidado Lugar: PROYECTO MEBOG

Fecha: 23 Marzo del 2021

LISTADO DE ASISTENTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CORREO ELECTRÓNICO	CARGO	FIRMA
1.	Wilinton Prado Ieiva.	Prdaleiva3@gmail.com	Aux. electrico	
2.	Daniel Arias Motta	" " " " " " " "	Aux electrico	
3.	Gilder A. O	— " — " —	OF	
4.	Brainey Ortiz Alape	brayan.brayan@hotmail.com	Aux electrico	
5.	Alexander Espinoza X.	alexhma7@hotmail.com	Oficial Fal	
6.	[illegible]		Ofc	
7.	[illegible]	— " — " —	OF	
8.	Jonathon Garcia Gutierrez	jonathongarcia@gmail.com	AUX	
9.	Jose Fernando Solorzano Torres	— " —	Auxiliar	
10.	JHON FREDY SOLORZANO TORRES	Thoalff5@hotmail.es	AUXILIAR	
11.	ALEXANDER ROMES OTERO	AR 6407700@GMAIL.COM	AUXILIAR	
12.	[illegible]	[illegible]	Oficial	
13.	JANPIHER COCA TAMAZONA	JANPIHER COCA T	AYUDANTE	
14.	Ivan Dario Ramirez	Ivanramirezrojas@gmail.	Ayudante	
15.	Nicolas Ruiz	ajudayudante@hotmail.com	Ayudante	
16.	[illegible]	[illegible]	Auxiliar	
17.	William Camilo Ramirez	wr 8310832@gmail.com	Auxiliar	
18.	Jorman Gomez Ochoa	Jormanb.Gomez@hotmail.com	OF	
19.	LUIS TAFUR	luis.enrique9026@hotmail	OF.	
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

LUKSO S.A.S.
INGENIERÍA ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN

Lista de Asistencia

PROYECTO: SG - SST
FOR-LKSST-012
V. 01
Página 1 de 1

Tema: Exceso de Confianza AT Lugar: PROYECTO MEBOG

Fecha: 24. Marzo del 2021

LISTADO DE ASISTENTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CORREO ELECTRÓNICO	CARGO	FIRMA
1.	Willinton Prado Ieiva.	Brdaleiva03@gmail.com	Aux. electrico	
2.	Daniel arias Motta	〃 〃 〃 〃 〃 〃	Aux electrico	
3.	Gilder A. O	— o — a — c —	OF	
4.	Brainey Ortiz Alape	brayan.brayan@hotmail.com	Aux electrico	
5.	Alexander Espinoza J.	alexhma7@hotmail.com	oficial fal	
6.	[illegible]		Ofc	
7.	[illegible]	〃 — 〃 — 〃 —	ofl	
8.	Jonathan Garcia Gutierrez	jhonathangarcia@gmail.com	AUX	
9.	José Fernando Solorzano Torres	— 〃 — 〃 —	Auxiliar	
10.	JHON FREDY SOLORZANO TORRES	Jhon1995@hotmail.es	AUXILIAR	
11.	ALEXANDER ROJAS OTERO	AR 6407700@GMAIL.COM	AUXILIAR	
12.	[illegible]	[illegible]	Oficial	
13.	JANPIHER COCA TARAZONA	JANPIHER COCA T	AYUDANTE	
14.	Iván David Ramirez	[illegible]	Ayudante	
15.	Nicolas Ruiz	[illegible]	Ayudante	
16.	[illegible]	brayanbarbosa@[illegible]	Auxiliar	
17.	William Camilo Ramirez	wr 8310832@gmail.com	Auxiliar	
18.	Jorman Gomez Osuna	Jormanb.Gomez@hotmail.com	OF	
19.	LUIS TAFUR	Luis.enrique9426@hotmail	OF.	
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

LUKSO S.A.S.
INGENIERIA ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN

VERSIÓN DEL COLABORADOR POR AT

BOGOTÁ MAR 20 / 2021

Siendo las 12 PM yo Luis Enrique Tafur Morales identificado con c.c. # 79369426 de Bogotá Me encontraba en el segundo piso del proyecto Hebch con mi ayudante realizando instalacion de soporteria para lamparas. Mi ayudante se encontraba sobre el andamio nivel superior del mismo yo me encontraba en la parte de abajo nivel del piso colocando el punto laser cuando de repente siento un golpe en la parte alta de la espalda ocacionandome dolor. Mi compañero me informa que al jalar la extension se enreda con la maseta y esta cae de la plataforma del andamio.

Firma del trabajador
Cargo: OFICIAL
CC: 79369426

LUKSO S.A.S.
INGENIERÍA ELÉCTRICA E ILUMINACIÓN

PROYECTO: SG - SST
Página 1 de 1

VERSIÓN DEL COLABORADOR POR AT

Bogotá Marzo 8 /2021

Siendo las 12 pm yo Brainer Ortiz Alape identificado con Cc. 1000987065 de Bogotá, me encontraba en el segundo piso del proyecto Mebog con mi oficial realizando la instalación de soporteria para lamparas, mi oficial se encontraba en la parte de abajo nivel del piso y yo me encontrabra sobre el andamio nivel superior, cuando al jalar la extension se enreda con la maseta y esta cae de la plataforma del andamio ocasionando el golpe a mi oficial que se encontraba en ese momento colocando el laser.

Firma del trabajador
Cargo: Auxiliar
CC: 1000987065.

EDWARD ANDRES SOLORZANO

SEGUROS BOLIVAR
Tranquilidad para vivir y emprender

arl

No. 561552

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS a la que está afiliado : SALUD TOTAL E.P.S	Código EPS : 2	ARL a la que está afiliado : SEGUROS BOLIVAR S.A.	Código ARL : 7
AFP a la que está afiliado es Seguro Social ☐ Si ☒ No	Cuál? : PORVENIR		Código AFP : 3

I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculador laboral ☐ Empleador ☒ Contratante ☐ Cooperativa de Trabajo

Sede Principal

Nombre de la actividad económica : EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS C	Código : 5701001	Nombre o razón social : **CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANO**	Tipo de identificación ☒NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:**901238177**
Dirección : CRA 14 # 86 A 76	Teléfono : 3145944911	Fax :	Correo Electrónico (E-mail) : mebog2019@gmail.com
Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001		Zona ☒ U ☐ R

Centro de Trabajo Donde Labora el Trabajador

¿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 actividad económica : EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS C		Código : 5701001
Dirección : CARRERA 14 86 A 76	Teléfono : 3145944911	Fax :	Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001	Zona ☒ U ☐ R

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de Vinculación ☒ Planta ☐ Misión ☐ Cooperado ☐ Estudiante o aprendiz ☐ Independiente			Código : 1	Primer y segundo apellido : **SOLORZANO TORRES**	
Primer y segundo nombre : **EDWAR ANDRES**			Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI ☐PE No: **1000221700**		
Fecha de Nacimiento : 06-08-1986	Sexo ☐ F ☒ M	Dirección : Carrera 10 A este # 21-59	Teléfono : 2562386	Fax :	Departamento : DIST. CAPITAL Código : 11
Municipio : BOGOTA D.C. Código : 001	Zona ☒ U ☐ R	Cargo : AYUDANTES Y OBREROS DE LA CONSTRUCCION Y DE OTROS	Ocupación Habitual : OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCION (TRABAJOS DE	Código : 771713	
Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente DD : 4 MM : 1	Fecha ingreso a la Empresa : 05-02-2021	Salario u honorarios (Mensual) : $908.526,00	Jornada de Trabajo habitual ☒ Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☐ Turnos		

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: **09-03-2021**	Hora del accidente (0-23horas) : 02:00	Día de la semana en el que ocurrió el accidente ☐ Lunes ☒ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo	Jornada en que sucede ☒ Normal ☐ Extra
¿Estaba realizando su labor habitual? ☒ Si ☐ No Cuál? : Código : 771713	Total tiempo laborado previo al accidente HH : 7 MM : 0	Tipo de accidente : ☐ (1)Violencia ☐ (2)Tránsito ☐ (3)Deportivo ☐ (4)Recreativo o cultural ☒ (5)Propios del trabajo	
¿Causó la muerte al trabajador? ☐ Si ☒ No	Departamento accidente : DIST. CAPITAL Código : 11	Municipio accidente : BOGOTA D.C. Código : 1	Zona donde ocurrió el accidente ☒ U ☐ R
Lugar donde ocurrió el accidente ☒ Dentro de la empresa ☐ Fuera de la empresa			

Indique cuál sitio ☐ (1) Almacenes o depósitos ☒ (2) Areas de producción ☐ (3) Areas 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 laceracion de músculo o tendón sin herida
☐ (30) Conmoción o trauma interno
☐ (40) Amputacion o enucleación(exclusión o pérdida del ojo)
☐ (41) Herida
☐ (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
☒ (55) Golpe o contusión o aplastamiento
☐ (60) Quemaduras
☐ (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
☐ (80) Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente
☐ (81) Asfixia
☐ (82) Efecto de la electricidad
☐ (83) Efecto nocivo de la radiación
☐ (90) Lesiones múltiples
☐ (99) Otro
Especifique : null

Parte del cuerpo aparentemente afectada

☐ (1) Cabeza
☐ (1.12) Ojo
☐ (2) Cuello
☐ (3) Tronco(incluye espalda, columna vertebral,médula espinal,pelvis)
☐ (3.32) Tórax
☐ (3.33) Abdómen
☒ (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 ó utensilios
☐ (4) Materiales o sustancias
☐ (4.4) Radiaciones
☐ (5) Ambiente de trabajo(incluye superficie de tránsito y de trabajo,muebles,tejados,en el exterior interior o subterraneos)
☒ (6) Otros agentes no clasificados
☐ (6.61)Animales(vivos o productos animales)
☐ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismo o forma del accidente

☐ (1) Caida de personas
☐ (2) Caida 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
☐ (9) Otro
Especifique :

IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Describa detalladamente dentro de la información del accidente que lo originó o causó y los demás aspectos relacionados con el accidente:
SE ENCONTRABA EL TRABAJADOR DESENREDANDO UNA MALLA, EN EL AUDITORIO PISO DOS, CUANDO AL HALARLA LA MALLA SE ENREDÓ CONTRA UNAS CAMILLAS Y CAYÓ GOLPEÁNDOSE EN EL MUSLO IZQUIERDO Y EL CODO DERECHO.

Personas que Presenciaron el Accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ Si ☒ No En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :
Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :

Persona responsable del informe : (Representante o Delegado)

Apellidos y nombres completos : AMAYA ORTEGA MONICA	Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No: 28411671	Cargo : RESIDENTE SST

Fecha de diligenciamiento : 11-03-2021 08:17:55 AM

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Fecha	Página
1/10/2019	1 de 1
Código del Documento	Versión 00
FT-SST-004	

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE [ ] ACCIDENTE DE TRABAJO [X] LEVE [X] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

ENFERMEDAD LABORAL [ ] LEVE [ ] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
24 / 3 / 2021	D.C	BOGOTA	CRA 56 No. 22-96

HORA EN LA QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN
DE 8:00 AM [ ] PM [ ] A 11:00 AM [ ] PM [ ]	ING.MONICA AMAYA ORTEGA

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:	TERMINO INDEFINIDO

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	Empresas dedicadas a actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados incluye solamente a empresas dedicadasa acondicionamiento de terrenos

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	NIT [x] CC [ ] CE [ ] N.U [ ] PA [ ]	901238177

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CARRERA 56 No. 22-96	3145944911	

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
ing.monica@hotmail.com	D.C.	BOGOTÁ	U [X] R [ ]

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?	SI [X] NO [ ]	SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	Empresas dedicadas a actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados incluye solamente a empresas dedicadasa acondicionamiento de terrenos	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	5701001

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CARRERA 56 No. 22-96		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
D.C.	BOGOTÁ	U [ ] R [ ]

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE, ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SOLORZANO	TORRES	EDWAR	ANDRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]	1000221700	6 / 8 / 1986	M [X] F [ ]

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO
SALUD TOTAL	PORVENIR	ARL BOLIVAR

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CELULAR
CRA 10H ESTE #21'59 SUR		3112978025

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CARGO
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	U [X] R [ ]	AYUDANTE

CORREO ELECTRONICO DEL TRABAJADOR	TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	6:45

FECHA DE INGRESO (CONTRATACION)	SALARIO (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
5 / 2 / 2021	$ 908.526	(1) DIURNA [X] (2) NOCTURNA [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

FECHA	HORA	DÍA DE LA SEMANA
9 / 3 / 2021	2:45	DÍA LU [ ] MA [X] MI [ ] JU [ ] VI [ ] SA [ ] DO [ ]

JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?
NORMAL [X] EXTRA [ ]	SI [X] NO [ ] CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL EVENTO	TIPO DE EVENTO					
0 6 4 5	VIOLENCIA [ ]	TRÁNSITO [ ]	DEPORTIVO [ ]	RECREATIVO O CULTURAL [ ]	PROPIOS DEL TRABAJO [X]	

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA	ZONA DONDE OCURRIÓ EL EVENTO
SI [ ] NO [X]	CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	__/__/__	U [X] R [ ]

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	DENTRO DEL PROYECTO [X]	FUERA DEL PROYECTO [ ]

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)	
	(1) ALMACENES O DEPÓSITOS
X	(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
X	(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, pelvis)
	(3.32) TÓRAX
	(3.33) ABDOMEN
X	(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
	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
	(4.4) RADIACIONES
X	(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
X	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
	(4) ATRAPAMIENTOS
	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
	(7) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
	(9) OTRO. (Especifique)

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE, ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

DESCRIBA DETALLADAMENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

SE ENCONTRABA EL TRABAJADOR EN LA PLAZA DE ARMAS HACIENDO ASEO, RECOGIENDO LA MADERA, HIERRO Y BASURAS CUANDO DE REPENTE IBA CAMINANDO SE Y SE PARO SOBRE UNA CAMILLA QUE ESTABA EN UNA DE LAS LUCARNAS. LA CAMIL SE ENCONTRABA MAL PUESSTA Y SE RESBALÓ EN UNA DE SUS ESQUINAS, CAYENDOSE EL TRABAJADOR EVITANDO QUE SE FUERA AL PISO DE ABAJO Y RAZGANDOSE LA PIERNA ZQUIERDA Y SE LASTIMÓ EL CODO IZQUIERDO.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL.

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL EVENTO?	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIG. INFORMACIÓN.
		X	

APELLIDOS:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
NOMBRES:	CC	CE	N.U	TI	PA	
CARGO:	No:					
DECLARACIÓN:						
	FIRMA:					

APELLIDOS:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
NOMBRES:	CC	CE	N.U	TI	PA	
CARGO:	No:					
DECLARACIÓN:						
	FIRMA:					

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

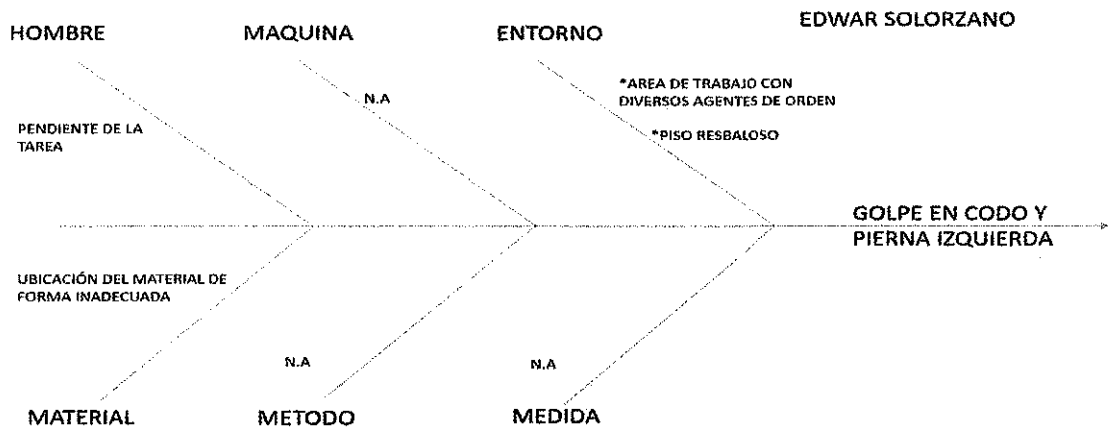
APELLIDOS: AMAYA ORTEGA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
NOMBRES: MÓNICA	CC	CE	N.U	TI	PA	
CARGO: RESIDENTE SST Y MANEJO AMBIENTAL	No.	28411671				
FIRMA:	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE					
	23	3	2021			

VI. OBSERVACIONES

VII. FOTOS

VIII. ANALISIS DE CAUSAS

(Ver procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora: Metodología espeina de pescado o 5 Por qués)



IX. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el análisis causa - efecto diligenciarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
ACTOS SUBESTANDAR	CONDICIÓN SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
400 Falta de atención a las condiciones del piso o las vecindades	210 Espacios inadecuado de los pasillos, salidas,etc.	105 Evaluacion deficiiente de la condición conveniete para operar.	
	030 Resbaloso		
	430 Inadecuadamente asegurados contra movimientos inconvenientes (exceptuando apilamiento inestable).		

X. 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		VERIFICÓ
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			SI	NO	
CAPACITACIÓN AUTOCUIDADO			X	23/03/2021	31/03/2021	X		X
INSPECCIÓN LOCATIVA		X		23/03/2021	31/03/2021	X		X
DEMARCACIÓN DE ÁREA		X		23/03/2021	31/03/2021	X		X
ASEO Y ORDEN EN EL LUGAR DE TRABAJO		X		23/03/2021	31/03/2021	X		X

XI. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIFICACIÓN	FIRMA
COORDINADORA PRIMEROS AUXILIOS	SANDRA MILENA SANCHEZ QUEMBA	52.341.507	
REPRESENTANTE COPASST	LAURA GERALDINE GOMEZ GUASCA	1.001.314.429	
JEFE INMEDIATO	LUIS HUMBERTO GALEANO FORERO	3.212.063	
RESIDENTE SST	MONICA AMAYA ORTEGA	28.411.671	

Observaciones:

CONSORCIO DE SEGURIDAD URBANA DISTRITO CAPITAL	**REPORTE DE EVENTOS**	Fecha	Página
			1 de 1
		1/10/2019	Versión 00
		Código del Documento	
		FT-SST-005	

Nombre: Edwar Andres Solorzano Torres Identificación: cc 1000221700

Edad: 34 AÑOS Cargo: Ayudante

Accidentado [X] Testigo [ ] Enfermo [ ]

Yo, el abajo firmante, declaro que lo expresado aquí se ajusta a la verdad.

Me encontraba el dia 9 de Marzo laborando en la plaza de armas estaba haciendo Aseo recogiendo la madera hierro y basuras cuando de repente venia caminando y me pare sobre una camilla que estaba en una de las claraboyas esta camilla estaba mal puesta y se me pelo de una de las esquinas cayendome lo que evito que me fuera al piso de abajo fue una maya que estaba hay mismo con la cual me rasge la pierna izquierda y me lastime el codo izquierdo y enseguida vine avisar a la ing monica y al maestro encargado

Fecha: 30 de Marzo 2021

Firma Andres Solorzano 1000221700

Cédula

ADECUACIÓN DE ÁREA, PLAZA DE ARMAS. DEMARCACIÓN Y ORDEN Y ASEO











