



POSITIVA S.A.  
Compañía de Seguros / ARL  
-Gestión Documental-  
FORMATO

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO  
Resolución 1401 de 2007

Proceso  
Promoción y Prevención

Código: VP-RE-IIAT-02  
Versión: 2  
Fecha: 2009/09

Página 1 de \_\_\_\_

## I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

INCIDENTE ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☒ Leve ☐ Grave ☐ Mortal ☐

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN: 23/09/2021 DEPARTAMENTO: Valle CODIGO: MUNICIPIO: CODIGO: DIRECCIÓN:

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:

MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad): ¿Cuáles?

Fotografías ☐ Videos ☐ Cintas de Audio ☐ Ilustraciones ☐ Diagramas ☐ Otros ☐

## II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL  
☒ (1) Empleador ☐ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: Preparación de Terreno CODIGO: 54512014 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Excavaciones Correa Mejía SAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No. 901245271 DIRECCIÓN PRINCIPAL: Carrera 32 # 7-11

TELÉFONO: 3104152155 FAX: DEPARTAMENTO: Valle CODIGO: MUNICIPIO: Yumbo CODIGO: CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: excavacionescorramejia@gmail.com ZONA: ☒ Urbana ☐ Rural

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO: NOMBRE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: CODIGO:

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☒ Si ☐ No Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo

TELÉFONO: FAX: DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO: ZONA: ☐ Urbana ☐ Rural

DEPARTAMENTO: CODIGO: MUNICIPIO: CODIGO:

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

TIPO DE VINCULACIÓN  
☒ (1) Planta ☐ (2) Misión ☐ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o Aprendiz ☐ (5) Independiente

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No. 1143949280 PRIMER APELLIDO: Rendon SEGUNDO APELLIDO: Martinez PRIMER NOMBRE: Christian SEGUNDO NOMBRE: Alberto

FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/1992 GÉNERO: ☒ F ☐ M EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO: Suria CODIGO EPS: Porvenir ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO: Positiva CODIGO ARL:

DEPARTAMENTO: Valle del Cauca CODIGO: MUNICIPIO: Jamundí CODIGO:

TELÉFONO: 3176500124 FAX: CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR: Cortop1992@outlook.com DIRECCIÓN: Traversal 4 # 11-12 ZONA: ☒ Urbana ☐ Rural

CARGO: Topógrafo OCUPACIÓN HABITUAL: CODIGO: FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 27/11/2020 TIEMPO EN LA OCUPACIÓN: Años: Meses: Años: Meses: 09

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: SALARIO U HONORARIOS (Mensual): 1'500.000 FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR: EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS: ☐ Si ☒ No ¿Por qué?

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE OCURRENCIA: 23/09/2021 HORA DE OCURRENCIA: 09:30 JORNADA: (1) Normal ☒ (2) Extra

DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO: ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa): CODIGO:

LU: MA: MI: ☒ VI: SA: DO: Si: ☐ No: Especifique:

TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique): Especifique:

1 Violencia 2 Tránsito 3 Deportivo 4 Recreativo o cultural 5 Propios del trabajo

DEPARTAMENTO: Valle MUNICIPIO: Cali CODIGO: ZONA: ☒ Urbana ☐ Rural TIEMPO LABORADO PREVIO INCIDENTE O AT: 02 Horas 30 Minutos IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO: Clínica Remedios

LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE: SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE: Especifique:

☐ Almacenes o depósitos ☐ Escaleras ☐ Otras áreas comunes ☒ Obra Bulevar  
☐ Áreas de producción ☐ Parqueaderos o áreas de circulación vehicular ☐ Otro (¿Cuál?):  
☒ Fuera de la empresa ☐ Corredores o pasillos ☐ Oficinas

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

¿EL EVENTO SIMILAR FUE INVESTIGADO? Si: No: ¿SE HABÍA CONSIDERADO ESTA CONDICIÓN COMO PRIORITARIA EN EL PANORAMA DE RIESGOS? Si: No: ¿EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO EN OTROS AT O INCIDENTES ANTERIORES? Si: No: ¿SE CUENTA CON PANORAMA DE RIESGOS ACTUALIZADO? Si: ☒ No:

Describe en forma detallada cómo ocurrió el accidente

El accidentado se encontraba ayudando a voltear el Niel del

Vibro con el operario, cuando al accidentado se le suelta el

y este cae golpeándole los dedos números 2,3,4 y 5 de la

mano izquierda, esto ocasiona heridas expuestas.



VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencie solo las variables que aplican para el caso investigado)																
AGENTE			MATERIAL			MARCA			MODELO			REFERENCIA				
Riel del Vibro			Hierro			Vibro Dynapac										
PESO		TAMANO		VELOCIDAD		TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO		HA SIDO REPARADO						
UNIDAD DE MEDIDA		Especificar unidad de medida		Unidad de medida		Años		FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO		Si		No				
EXPLOSIVOS		NOMBRE		CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA				
UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA		UNIDAD DE MEDIDA				
DETALLES ADICIONALES:																
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: ¿El trabajador necesitaba EPP? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																
OBSERVACIONES: El trabajador accidentado no contaba con guantes en el momento de manipular el riel.																
VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)																
VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO O.I.T. (Páginas 4,5 y 6)																
No.	VARIABLE				DESCRIPCIÓN								CÓDIGO			
1	TIPO DE LESIÓN				Heridas											
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA				Miembro Superior → Dedos 2,3,4 y 5 mano izquierda											
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE				Golpe por objetos.											
4	AGENTE DEL ACCIDENTE				Riel del vibro compactador											
ANÁLISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación NTC 3701 páginas 7 y 8)																
DESCRIPCIÓN CAUSAS BÁSICAS																
FACTORES PERSONALES																
Preocupación por ejecución de la tarea (compactación)																
Iniciativa no correspondida																
FACTORES DEL TRABAJO																
Insuficiencia de Verificación del estado máquina al salir de la instalación empresa.																
Falta de check list preoperacional de la máquina en la obra.																
DESCRIPCIÓN CAUSAS INMEDIATAS																
ACTOS SUBESTANDAR																
Realizar tareas que no corresponden al cargo																
No usar Guantes																
CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR																
Riel ubicado al revés																
Material a compactar se encontraba húmedo																
VIII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O AT POR PARTE DEL TRABAJADOR Y/O TESTIGOS IMPORTANTES																
POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO NO. 1 PARA TESTIMONIOS SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO																
IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR																
Se concluye que el accidente ocurrió por fallas humanas. La intervención del accidentado no era necesaria para la condición presentada en la vibro compactadora, en vista que dicha situación se podría continuar operando de tal forma que cumpliera lo dicho.																
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO		FIRMA	
No.		11151964510								Fabio Andres Correa			Director TH			
ENCARGADO DEL P.S.O.																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO		FIRMA	
No.		1144189967								Lina Maria Correa			Gerente			
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO		FIRMA	
No.		11118306953								Dayana Andreoli Garcia			Aux Admon			
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO		FIRMA	
No.																
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO		FIRMA	
No.																
Diligenciar sólo cuando interviene un representante de la ARL en la investigación																
REPRESENTANTE DE LA ARL																
TIPO DE DOCUMENTO CC		TI		CE		NU		PA		NOMBRES Y APELLIDOS			LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL		FIRMA	
No.																
No. AÑO																



[illegible]

<b>ANEXO No.1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios)</b>		<b>FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE</b>	<b>FECHA DE TESTIMONIO</b>
TESTIMONIOS SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO		23 09 2021	DÍA MES AÑO

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> CC TI CE NU PA	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
No. 1193470054	Cesar Esteban	Tumal Velazquez	Operario

¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?

estabamos posando la platina de un lado al otro y el le vencio y fue cuando se cayo con la platina en la obra

¿Por qué sucedió?

por querer cambiar la platina de un lado al otro

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

informando a los Jefes y llamando al mecánico

Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:

si por que puede pasar algo mas grave

FIRMA: Cesar Tumal

<b>ANEXO No.1 (Hoja adicional para detallar información de testimonios)</b>		<b>FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE</b>	<b>FECHA DE TESTIMONIO</b>
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO		DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> CC TI CE NU PA	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
No.			

¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?

¿Por qué sucedió?

¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?

Considero importante aclarar o adicionar lo siguiente:

FIRMA: \_\_\_\_\_