

	POSITIVA S.A. Compañía de Seguros / ARL -Gestión Documental-										Código: VP - RE - IIAT - 02								
	FORMATO										Versión: 2								
	INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO (Resolución 1401 de 2007)										Fecha: 2009/09								
	Proceso Promoción y Prevención										Página 1 de 4								
I. INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN																			
INCIDENTE										ACCIDENTE DE TRABAJO		X							
LEVE										GRAVE		MORTAL							
FECHA DE INVESTIGACIÓN			DEPARTAMENTO			CÓDIGO		MUNICIPIO			CÓDIGO		DIRECCIÓN						
26 10 2022			BOGOTA			1 1		CUNDINAMARCA			0 0 1		CALLE 55 N 71 - 64						
HORA EN QUE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN												RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN							
8 0 5 0												LISI PAOLA SUAREZ BONILLA							
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)												¿Cuáles?							
Fotografías Videos Cintas de audio Ilustraciones Diagramas Otros																			
II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA												TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL							
(1) Empleado (2) Contratante (3) Cooperativa																			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL												CÓDIGO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					
Actividades de empresas de servicios temporales												7 8 2 0		Global Services S.A.S.					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT CC CE UN PA												DIRECCIÓN PRINCIPAL							
No. 9 0 0 7 8 8 4 3 9 - 6												CALLE 55 - 71.64							
TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		CORREO ELECTRÓNICO EMPLEADOR		ZONA					
3186716687				BOGOTA		1 1		BOGOTA D.C.		0 0 1		saray.ortiz@integralservicios.com.co		Urbana Rural					
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO												NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO					
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? SI NO												Actividades de empresas de servicios temporales		7 8 2 0					
TELÉFONO		FAX		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO		ZONA													
3186716687				BASE TUMACO NARIÑO		Urbana Rural													
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO													
NARIÑO		5 2		TUMACO		8 3 5													
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 CC CE UN PA TI												PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
No. 1 1 1 4 4 0 0 5 1 4												ROBLEDO		LONDOÑO		DAINER		JULIO	
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO		EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO EPS		AFP A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO AFP		ARL A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO ARL					
25 4 1992		M F		NUEVA EPS		E P S 0 3 7		PORVENIR		2 3 0 3 0 1		POSITIVA		1 4 2 3					
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO													
QUINDIO		0 6 3		ARMENIA		0 0 1													
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR		DIRECCIÓN		ZONA											
3176547773				saray.ortiz@integralservicios.com.co		BARRIO LAS DELICIAS ETAPA 2 MNA1 CASA 2		Urbana Rural											
CARGO		OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO		FECHA DE INGRESO A EMPRESA		TIEMPO EN LA OCUPACIÓN		ANTIGÜEDAD EN EL CARGO									
ERRADICADOR		ERRADICADOR		9 3 4 0		25 10 2020		AÑOS 0 0 MESES 0 2		AÑOS 0 0 MESES 0 2									
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL				SALARIO U HONORARIOS (mensual)		FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR		EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS											
(1) Diurno (2) Nocturno (3) Mixto (4) Turnos				1,700,000		N/A		SI NO											
IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO												FECHA DE OCURRENCIA		HORA DE OCURRENCIA		JORNADA			
18 11 2020												0-23 HRS 16 59		(1) Normal (2) Extra					
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO												ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)		CÓDIGO					
L M x J V S D												SI NO		ERRADICACION DE CULTIVOS					
TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)												Especifique							
(1) Violencia (2) Transito (3) Deportivo (4) Recreativo o cultural (5) Propios del trabajo												ACTIVACION DE ARTEFACTO EXPLOSIVO							
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA		TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO							
NARIÑO		5 2		TUMACO		8 3 5		Urbana Rural		8:00 0		IPS PUENTE DEL MEDIO							
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE				SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE				Especifique											
Dentro de la empresa Fuera de la empresa Otra empresa				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 (¿Cuál?)				ÁREA DE ERRADICACION MANUAL DE CULTIVOS ILICITOS											
V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO												¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente? SI NO		¿Se han presentado otros incidentes o AT en el área de trabajo? SI NO					
¿El evento similar fue investigado? SI NO												¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el panorama de riesgos? SI NO		¿Se cuenta con panorama de factores de riesgos actualizado? SI NO					
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:																			
EN LA VEREDA A BALSA, DE TUMACO, SIENDO LAS 4:59PM DEL DIA 18 DE NOVIEMBRE. EL COLABORADOR SE ENCONTRABA EN DESPLAZAMIENTO HACIA EL AREA VIVAC.DONDE EXTERNOS ACTIVARON UN CAMPO MINADO E INICIAN HOSTIGAMIENTOS CON TIROS DE FUSIL.EL COLABORADOR AL PARECER TIENE ESQUIRLAS EN LOS OJOS (MAYOR AFECTACION OJO DERECHO) Y ES ATURDIDO POR LA EXPLOSION. SE PRESTAN PRIMEROS AUXILIOS POR EL ENFERMERO, Y ES EXTRADO DE MANERA INMEDIATA PARA SER ATENDIDO POR URGENCIAS EN EL CENTRO MEDICO MAS CERCANO																			

VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencie solo las variables que aplican para el caso investigado)															
AGENTE			MATERIAL			MARCA			MODELO			REFERENCIA			
41. EXPLOSIVOS			N/A			N/A			N/A			N/A			
PESO		TAMAÑO (Especificar unidad de medida)				VELOCIDAD			TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO		HA SIDO REPARADO?		
N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	altura	ancho	volumen	Profundidad	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	AÑOS	MESES	FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO	N/A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EXPLOSIVOS		NOMBRE		CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA		VOLTAJE ELÉCTRICO	
N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A	UNIDAD DE MEDIDA	N/A	N/A
Detalles adicionales: ACTIVACIÓN CAMPO MINADO															
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP ? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
El grupo en general hacia uso de sus elementos de protección personal botas, guantes y gorra															
VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)															
VER REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO (OIT paginas 4, 5, y 6)															
No.	VARIABLE				DESCRIPCIÓN								CÓDIGO		
1	TIPO DE LESIÓN				Otros traumatismos, afectación auditiva, afectaciones multiples								0 9 9		
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA				1. Cabeza 13 oreja								0 1 3		
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE				Otras formas de accidente no clasificadas bajo otros epigrafes								0 9 1		
4	AGENTE DEL ACCIDENTE				Explosivos								0 4 1		
ANÁLISIS DE CAUSALIDAD ( Ver tabla de codificación GTC 3701 paginas 7 y 8 )															
DESCRIPCIÓN DE CAUSAS BÁSICAS								DESCRIPCIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS							
FACTORES PERSONALES								ACTOS SUBESTANDAR							
NINGUN FACTOR PERSONAL								NINGUN ACTO SUBESTANDAR							
CÓDIGO 0 9 9 8								CÓDIGO 0 9 9 8							
FACTORES DEL TRABAJO								CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR							
NINGUN FACTOR DEL TRABAJO								RUIDO EXCESIVO							
CÓDIGO 0 9 9 8								CÓDIGO 0 2 0 5							
OTROS RIESGOS ASOCIADOS CON LA PROPIEDAD U OPERACIONES DE EXTRAÑOS								CÓDIGO 0 6 3 0							
USO DE METODOS O PROCEDIMIENTOS DE POR SI PELIGROSOS								CÓDIGO 0 3 2 0							
OTROS RIESGOS PUBLICOS ( RIESGOS DE LUGARES PUBLICOS A LOS CUALES TAMBIEN ESTA EXPUESTO EL PUBLICO EN GENERAL)								CÓDIGO 0 7 8 0							
VIII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O AT POR PARTE DEL TRABAJADOR Y/O TESTIGOS IMPORTANTES															
POR FAVOR UTILIZAR FORMATO ANEXO No. 1 PARA TESTIMONIO SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO															
IX. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO INVESTIGADOR															
El grupo investigador determina que de acuerdo a las características de la actividad de erradicación manual los colaboradores se encuentran expuestos de forma permanente a cualquier situación repentina de riesgo publico por tal razon es importante tener en cuenta para reducir las posibles afectaciones tanto fisicas como psicológicas al equipo de trabajo y de los grupos GME, lo siguiente:															
1. Continuar con las charlas realizadas por el área de seguridad y salud en el trabajo donde se menciona la importancia de la identificación, evaluación y valoración de riesgos.															
2. Continuar con la atención a las indicaciones del protocolo interno, dadas por el comandante de la Policía Nacional que lidera el grupo.															
3. Continuar con el uso obligatorio de los Elementos de protección personal.															
4. Capacitar a los grupos GME haciendo énfasis en el cumplimiento de la disciplina donde se contempla el evitar confianza o acercamientos con la población civil o salir de la base de patrulla móvil															
JEFE INMEDIATO O SUPERIOR				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				WILMAR EFRAIN MARIN RAMIREZ				JEFE ZONAL							
No. 9 1 4 8 6 0 9 0															
ENCARGADO DEL P.S.O.				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				LISI PAOLA SUAREZ BONILLA				PROFESIONAL SST							
No. 5 2 8 5 7 8 6 4															
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				MICHELL DAYANA NIETO				ASISTENTE ADMINISTRATIVA							
No. 1 0 0 1 1 7 5 0 6 4															
BRIGADISTA DE EMERGENCIA				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				OSCAR AUGUSTO ASTROZ GARZON				ENFERMERO							
No. 3 2 7 3 4 9 3															
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION				NOMBRE Y APELLIDO				CARGO				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>				YURI ALEXANDRA HUERTAS AREVALO				AUXILIAR SST							
No. 5 3 0 4 9 7 1 6															
DILIGENCIAR SOLO CUANDO INTERVIENE UN PRESENTANTE DE LA ARP EN LA INVESTIGACIÓN															
REPRESENTANTE DE LA ARL				NOMBRE Y APELLIDO				LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL				FIRMA			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>															
No.								No.				AÑO			

[illegible]