

	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 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>		LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input checked="" type="checkbox"/> MORTAL <input type="checkbox"/>	
FECHA DE INVESTIGACIÓN		DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO
25 10 2022 <small>DÍA MES AÑO</small>		BOGOTA		1 1		CUNDINAMARCA
0 0 1 <small>CÓDIGO</small>		CALLE 55 N 71 - 64				
HORA EN QUE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN				RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN		
8 0 5 0 <small>HH MM PM AM</small>				LISI PAOLA SUAREZ BONILLA		
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad)				¿Cuáles?		
Fotografías <input type="checkbox"/> Videos <input type="checkbox"/> Cintas de audio <input type="checkbox"/> Ilustraciones <input type="checkbox"/> Diagramas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>						

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA						TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL	
						(1) Empleado <input checked="" type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa <input type="checkbox"/>	
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	
No.		9 0 0 7 8 8 4 3 9 - 6					
TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO		CÓDIGO	
3186716687				BOGOTA		1 1	
MUNICIPIO		CÓDIGO		CORREO ELECTRÓNICO EMPLEADOR		ZONA	
BOGOTA D.C.		0 0 1		saray.ortiz@integralservicios.com.co		<input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO				NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo <input checked="" type="checkbox"/> NO				Actividades de empresas de servicios temporales			
TELÉFONO		FAX		DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO		ZONA	
3186716687		N/A		BASE TUMACO NARIÑO		<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz <input type="checkbox"/> (5) Independiente <input type="checkbox"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CC		CE		UN	
No.		1 1 1 4 3 9 9 2 3 7					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GUACHAPA		BATERO		NILTON		FRANKI	
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO		EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO EPS	
2 11 1988		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		NUEVA EPS		E P S 0 3 7	
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO AFP		ARL A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO ARL	
PORVENIR		2 3 0 3 0 1		POSITIVA		1 4 2 3	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO	
VALLE		0 7 6		ALCALA		0 2 0	
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR		DIRECCIÓN	
3127245831				saray.ortiz@integralservicios.com.co		CRA 3A N 6 - 24 BARRIO BOLIVAR BAJO	
CARGO		OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO		FECHA DE INGRESO A EMPRESA	
ERRADICADOR		ERRADICADOR		9 3 4 0		25 10 2020	
TIEMPO EN LA OCUPACIÓN		ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR		EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS	
AÑOS 0 0 MESES 0 5		AÑOS 0 0 MESES 0 5		N/A		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL		SALARIO U HONORARIOS (mensual)		FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR		EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS	
(1) Diurno <input checked="" type="checkbox"/> (2) Nocturno <input type="checkbox"/> (3) Mixto <input type="checkbox"/> (4) Turnos <input type="checkbox"/>		1,700,000		N/A		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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 <input checked="" type="checkbox"/> (2) Extra <input type="checkbox"/>	
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO						ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL (Especifique si la respuesta es negativa)					
L M x J V S D						SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ERRADICACION DE CULTIVOS					
TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)						Especifique					
(1) Violencia <input type="checkbox"/> (2) Transito <input type="checkbox"/> (3) Deportivo <input type="checkbox"/> (4) Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> (5) Propios del trabajo <input checked="" type="checkbox"/>						ACTIVACION DE ARTEFACTO EXPLOSIVO					
DEPARTAMENTO		CÓDIGO		MUNICIPIO		CÓDIGO		ZONA		TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
NARIÑO		5 2		TUMACO		8 3 5		<input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		8:00 0	
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE		SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE		ESPECIFIQUE		ESPECIFIQUE		ESPECIFIQUE		ESPECIFIQUE	
<input type="checkbox"/> Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Fuera de la empresa <input type="checkbox"/> Otra empresa		1 Almacenes o depósitos 2 Áreas de producción 3 Áreas recreativas o productivas 4 Corredores o pasillos		5 Escaleras 6 Parquaderos o áreas de circulación vehicular 7 Oficinas		8 Otras áreas comunes X Otro (¿Cuál?)		AREA DE ERRADICACION MANUAL DE CULTIVOS ILCITOS		Numero de personas que presenciaron el incidente o accidente 0	

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO						¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente?		¿Se han presentado otros incidentes o AT en el área de trabajo?		¿Se cuenta con panorama de factores de riesgos actualizado?	
						SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿El evento similar fue investigado?						¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el panorama de riesgos?					
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

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 ESQUIRRLAS 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		N/A	
N/A		UNIDAD DE MEDIDA		N/A		N/A		UNIDAD DE MEDIDA		N/A		AÑOS		MESES		FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO	
EXPLOSIVOS		NOMBRE		CANTIDAD		GASES		CANTIDAD		TEMPERATURA		SUSTANCIA		CANTIDAD		VOLTAGE ELÉCTRICO	
N/A		N/A		UNIDAD DE MEDIDA		N/A		N/A		UNIDAD DE MEDIDA		N/A		N/A		N/A	
Detalles adicionales: ACTIVACIÓN CAMPO MINADO																	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP ?																	
SI X NO																	
¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP?																	
SI X NO																	
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										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 epígrafes										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							
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							
No. 9 1 4 8 6 0 9 0										JEFE ZONAL							
ENCARGADO DEL P.S.O.										NOMBRE Y APELLIDO							
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							
No. 5 2 8 5 7 8 6 4										PROFESIONAL SST							
INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA										NOMBRE Y APELLIDO							
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							
No. 1 0 0 1 1 7 5 0 6 4										ASISTENTE ADMINISTRATIVA							
BRIGADISTA DE EMERGENCIA										NOMBRE Y APELLIDO							
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							
No. 3 2 7 3 4 9 3										ENFERMERO							
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION										NOMBRE Y APELLIDO							
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							
No. 5 3 0 4 9 7 1 6										AUXILIAR SST							
DILIGENCIAR SOLO CUANDO INTERVIENE UN PRESENTANTE DE LA ARP EN LA INVESTIGACIÓN																	
REPRESENTANTE DE LA ARL										NOMBRE Y APELLIDO							
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>										LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL							
No.										AÑO							

[illegible]