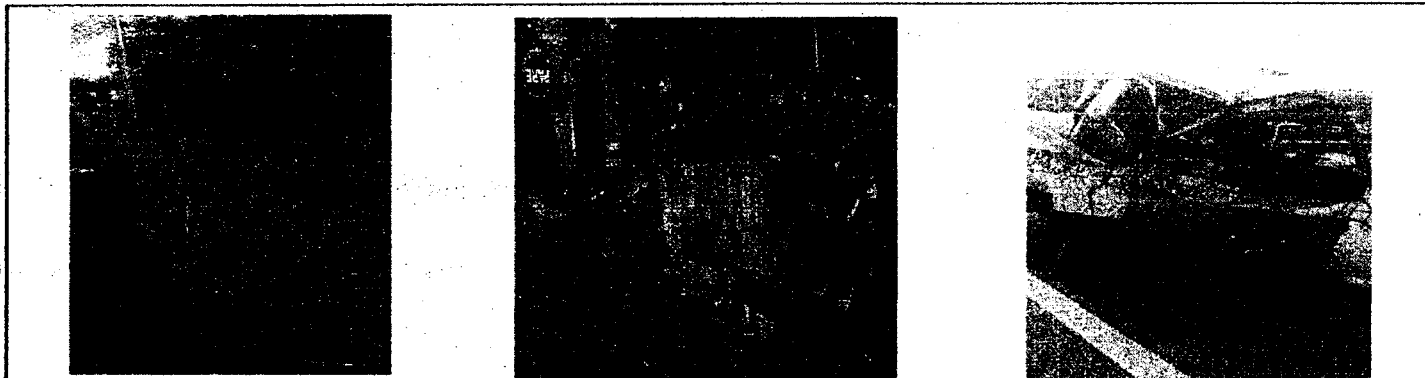


396

INVESTIGACION DE INCIDENTE O ACCIDENTE TRABAJO										CODIGO	
										FOR-SST-001	
										VERSION: 00X	
										FECHA: dd-mm-aa	
INFORMACION SOBRE LA INVESTIGACION											
INCIDENTE		ACCIDENTE DE TRABAJO		LEVE		GRAVE		X		MORTAL	
Fecha de Investigación		20		6		2016		Hora de Investigación		2 30 s	
Ciudad y Departamento								Tuluá- Valle			
2. DATOS DE LA INVESTIGACION											
OBJETO: Determinar las causas que originaron el accidente y en su caso recomendar las medidas preventivas para eliminarlas y evitar que se produzcan otros accidentes similares.											
Grupo Investigador											
NOMBRE						CARGO					
Marisol Castillo Quintero						Auxiliar SST					
Aurelio Arango Zuñiga						Coordinador SG					
Lina Geovanna Cocuy Hernandez						Jefe de Recursos Humanos					
Rodrigo Olave						Ingeniero de Redes					
Testigos											
NOMBRE						CARGO					
Relación de instrumentos o equipos utilizados en la investigación:											
Entrevista											
3. DATOS DE LA PERSONA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE O ACCIDENTE											
Apellidos y Nombre		Victor Hugo Marquez Londoño									
Cédula		94394459									
Área		Operativa									
Edad		38									
Nombre Cargo		Aux. Empalmador de fibra optica									
Ocupación Habitual		Empalmar fibra óptica									
Tiempo de Ocupación Habitual al momento del Accidente		4 meses, 10 días									
Fecha de Ingreso a la Empresa		01	02	2016							
Jornada de Trabajo Habitual		Diumo	X	Nocturno	Salario Mensual			900.000			
El Accidente Generó Muerte		SI		NO	x	Fecha	DD	MM	AA		
4. INFORMACION SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO											
Fecha de Ocurrencia		10	6	2016	Hora		4	30	s		
Jornada en la que sucede		Normal		Extra	X						
Estaba Realizando su labor Habitual		SI	X	NO							
Labor Realizada		Reparación de daño de fibra óptica									
Tipo de Incidente o Accidente		Violencia		Tránsito		X		Deportivo			
		Recreativo o Cultural						Propios del Trabajo			
Departamento de Ocurrencia		Valle del Cauca									
Municipio de Ocurrencia		Vía Bugalagrade-Andalucía									
Zona		Urbana	x	Rural							
Tiempo Laborado Antes del Incidente o Accidente		7 hrs	M	S							
Lugar de Ocurrencia del Incidente o		Dentro de la Empresa			Fuera de la Empresa			X			
Tipo de Lesión		Fracturas									
Parte del Cuerpo Afectada		Ubicaciones múltiples									
Agente del accidente(Con que se lesionó)		Medios de transporte									
Mecanismo o forma del accidente		Choque									
5. DESCRIPCION DEL INCIDENTE O ACCIDENTE											
El grupo de Fibra optica salio a las 9:30 pm a atender el evento de Daño de Red Troncal Nacional de Fibra Optica INCI N° 11624 entre las localidades de La Paila y Zarzal Km 5, OT N° 90092 por el llamado del Ing. Rodrigo Fernando Olave en el vehiculo de Placa THX 326 Marca JAC Doble cabina. Al terminar la labor 4 am, recogieron herramienta y tomaron el camino de regreso a la ciudad de Tuluá, cuando por la localidad de Bugalagrande Km 3+796 aproximadamente a las 4:30 am, se salieron al lado derecho de la vía y colisionaron con una alcantarilla de aguas lluvias, ocasionando lesiones en los 4 funcionarios.											

397



Número de Personas que Presenciaron el Incidente o Accidente		
Nombre Completo	Identificación	Cargo

PREGUNTAS CAUSA RAZ DEL INCIDENTE O ACCIDENTE (MÉTODO CINCO) ¿POR QUÉ?

PREGUNTA CINCO ¿POR QUÉ?	RESPUESTA
Por qué ocurrió el accidente?	Porque el conductor se quedó dormido
Por qué se quedó dormido el funcionario?	Por fatiga debido a la falta de descanso
Por qué la falta de descanso del funcionario?	Por la programación de actividades en la jornada de la noche de manera no rutinaria, la cual ocasiona agotamiento en el funcionario.
Porque la programación en la jornada de la noche del funcionario?	Porque no se cuenta con otra cuadrilla de fibra óptica en la zona que apoye las actividades en la jornada de la noche

7. RESUMEN CAUSAS Y CONCLUSIONES

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BÁSICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTO SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
N/A	N/A	Programación inadecuada de las actividades	Fatiga debido a la falta de descanso

8. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN 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 DE EJECUCIÓN (DD/MM/AA)	FECHA DE VERIFICACIÓN (DD/MM/AA)	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA	ÁREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA				
Crear una nueva cuadrilla para trabajos nocturnos			X	01/07/2016			
Establecer un conductor elegido quien se encargará solo de conducir, no ejecutará ningún tipo de actividad en las ordenes de trabajo, solo descansará.			X	01/07/2016			
Socializar lección aprendida			X	01/07/2016			
Capacitación en Manejo Defensivo y Seguridad Vial			X	01/07/2016			

9. OBSERVACIONES

El accidente reportó incapacidad inicial de 30 días.

10. RESPONSABLES DEL INFORME

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Lina Geovanna Cocuy	31792948	<i>Lina Geovanna Cocuy</i>
Marisol Castillo Quintero	29873021	<i>Marisol Castillo</i>
Aurelio Arango	16368289	
Rodrigo Olave	94294601	
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	LICENCIA No.	EXPEDIDA POR:
Lesby Alexandra Gámez	L.S.O: 000105	
		FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN