



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

FORMATO  
INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO  
Resolución 1401 de 2007

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

Página 1 de \_\_\_\_

Proceso  
Promoción y Prevención

### I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

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

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN: 19/11/2002 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CODIGO: 76 MUNICIPIO: PRADERA CODIGO: 563 DIRECCIÓN: CLL 8 N 14 20

HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN: DE 08:00 A 12:00 RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: MARIA LUCIA GIRON PERDOMO

MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (Especificar cantidad): FOTOGRAFÍAS ☒ VIDEOS ☐ CINTAS DE AUDIO ☐ ILUSTRACIONES ☐ DIAGRAMAS ☐ OTROS ☒ Documentos del vehículo - Informe de tránsito

II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) Empleado ☒ (2) Contratante ☐ (3) Cooperativa ☐

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: EMPRESAS DEDICADAS A LA PRODUCCION ESPECIALIZADA DE CAÑA DE AZUCAR CODIGO: 4011401 NOMBRE O RAZON SOCIAL: SERVIAGRICOLA MENDEZ LTDA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☒ CC ☐ CE ☐ ME ☐ PA ☐ DIRECCIÓN PRINCIPAL: No. 900.540.045 SERVIAGRICOLA MENDEZ LTDA

TELÉFONO: 2671586 FAX: DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CODIGO: 76 MUNICIPIO: PRADERA CODIGO: 563 CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR: mendezcialtda@yahoo.com ZONA: ☐ Urbana ☒ Rural

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR INVOLUCRADO: NOMBRE DE ACTIVIDAD ECONOMICA 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) Pleno ☒ (2) Mision ☐ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o Aprendiz ☐ (5) Independiente ☐

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ CÉ ☐ NI ☐ PA ☐ TI ☐ PRIMER APELLIDO: HURTADO SEGUNDO APELLIDO: HURTADO PRIMER NOMBRE: JOSE SEGUNDO NOMBRE: LEONARDO

No. 94.301.993 HURTADO HURTADO JOSE LEONARDO

FECHA DE NACIMIENTO: 08/10/1974 GÉNERO: F EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO: Coomeva CODIGO EPS: 016 APP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: Porvenir CODIGO APP: 231301 ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO: POSITIVA CODIGO ARL: 14-23

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CODIGO: 76 MUNICIPIO: PRADERA CODIGO: 563

TELÉFONO: 3104323870 FAX: CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR: EMCORCANASAS@HOTMAIL.COM DIRECCIÓN: MANZANA D CASA 14 BARRIO PUERTAS DEL SO ZONA: ☐ Urbana ☒ Rural

CARGO: CORTERO DE CAÑA OCUPACIÓN HABITUAL: TRABAJADOR AGRICOLA CODIGO: 30072016 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 30/07/2006 TIEMPO EN LA OCUPACIÓN: 09 Años 09 Meses 00 Días ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 09 Años 09 Meses 00 Días

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: SALARIO U HONORARIOS (Mensual): \$908.528 FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR: 08/11/2002 EL TRABAJADOR RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA DE PRIMEROS AUXILIOS: ☒ SI ☐ No ¿Por qué? Murió en el instante del siniestro

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO FECHA DE OCURRENCIA: 08/11/2002 HORA DE OCURRENCIA: 12:58 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): LU MA MI JU VI SA DO ☒ SI ☐ No DESPLAZAMIENTO EN BUS DISPUESTO POR LA EMPRESA PARA TRASLADO DE EMPLEADOS

TIPO DE INCIDENTE O ACCIDENTE (Seleccione una opción y especifique): 1 Violencia ☒ 2 Tránsito ☒ 3 Deportivo ☐ 4 Recreativo o cultural ☐ 5 Propios del trabajo ☐ Especifique: CHOQUE ENTRE VEHICULOS

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CODIGO: MUNICIPIO: PRADERA CODIGO: ZONA: ☒ Urbana ☐ Rural TIEMPO LABORADO PREVIO INCIDENTE O AT: 07 Horas IPS QUE ATENDIÓ AL ACCIDENTADO: 43 Medicina LEGAL

LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O EL ACCIDENTE: SITIO EXACTO DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE O ACCIDENTE: ☐ Almacenes o depósitos ☐ Escaleras ☐ Otras áreas comunes ☒ ☐ Dentro de la empresa ☐ Áreas de producción ☐ Parquederos o áreas de circulación vehicular ☐ Fuera de la empresa ☐ Áreas recreativas o deportivas ☐ Corredores o pasillos ☐ Oficinas ☐ Otro (¿Cuál?): Via Palmira Villa Rica Sector 105 Balsos del triunfo

V. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO ¿HABIAN 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

¿EL TRABAJADOR HA ESTADO INVOLUCRADO EN OTROS AT O INCIDENTES ANTERIORES? ☐ SI ☒ No ¿SE CUENTA CON PANORAMA DE RIESGOS ACTUALIZADO? ☐ SI ☒ No

Describa en forma detallada cómo ocurrió el accidente

VER ANEXO 1.

VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE (Diligencia solo las variables que aplican para el caso investigado)													
AGENTE		MATERIAL		MARCA		MODELO		REFERENCIA					
ACCIDENTE DE TRANSITO				CHEVROLET		1993							
PESO		TAMANO Especificar unidad de medida		VELOCIDAD		TIEMPO DE USO		MANTENIMIENTO		HA SIDO REPARADO			
UNIDAD DE MEDIDA	ALTEZA ANCHO VOLUMEN PROFUNDIDAD	Unidad de medida		Unidad de medida		AÑOS	MESES	FECHA DE ULTIMO MANTENIMIENTO	-	-	-	SI	NO
EXPLOSIVOS	NOMBRE	CANTIDAD	GASES	CANTIDAD	TEMPERATURA	SUSTANCIA	CANTIDAD	VOLTAJE ELECTRICO					
	UNIDAD DE MEDIDA			UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA			UNIDAD DE MEDIDA					
DETALLES ADICIONALES:													
APORTADOS EN INFORME													
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ¿El trabajador necesitaba EPP? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente todos los EPP? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													
OBSERVACIONES:													
El trabajador en el momento del siniestro no usaba los elementos de proteccion entregados para la actividad ya que en ese momento no se encontraba realizando su actividad rutinaria													
VII. CARACTERIZACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para incidentes)													
VER REGISTRO Y NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO O.I.T. (Páginas 4,5 y 6)													
No.	VARIABLE		DESCRIPCION									CODIGO	
1	TIPO DE LESION		Otros traumatismos y traumatismos mal definidos									99	
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA		Ubicaciones múltiples									6	
3	MECANISMO DEL ACCIDENTE		Choque contra objetos móviles									33	
4	AGENTE DEL ACCIDENTE		Medios de Transporte y de Manutención									2	
ANÁLISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación NTC 3701 páginas 7 y 8)													
DESCRIPCION CAUSAS BASICAS							DESCRIPCION CAUSAS INMEDIATAS						
FACTORES PERSONALES							ACTOS SUBESTANDAR						
Ningún factor personal							Ningún acto subestándar						
CÓDIGO 998							CÓDIGO 998						
Sin clasificación (Datos insuficientes)							Viajar en posición insegura (en plataformas, horquillas o levantadores)						
CÓDIGO 9							NA						
FACTORES DEL TRABAJO							CONDICIONES AMBIENTALES SUBESTANDAR						
Evaluación deficiente para el comienzo de una operación							Riesgo del tráfico						
CÓDIGO 1							CÓDIGO 7						
CÓDIGO							CÓDIGO						
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													
El siniestro según revisión de evidencias del grupo investigador se cree ocurrió debido a la posible explosión de una de las llantas del tren cañero, debido a lo cual sus vagones pierden estabilidad por lo cual sus dos últimos golpean la buseta donde se encontraban viajando los colaboradores de la empresa													
Recomendación, tener conocimientos en acción y reacción en el momento de un accidente													
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )		PEDRO NEL MENDEZ			GERENTE			Firma					
No. 6.400.262													
ENCARGADO DEL P.S.O.		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )		MARIA LUCIA GIRON PERDOMO			ASESOR SST			Firma					
No. 66.659.542													
INTEGRANTE DE COPASO O VIGIA		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )		AMPARO ROSALES MENDEZ			ASISTENTE ADMON			Firma					
No. 29.703.217													
BRIGADISTA DE EMERGENCIAS		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )													
No.													
OTRO PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACION		NOMBRES Y APELLIDOS			CARGO			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )		DIANA MARCELA ORTIZ M			SISO			Firma					
No. 1.114.830.803													
Diligenciar sólo cuando interviene un representante de la ARL en la investigación													
REPRESENTANTE DE LA ARL		NOMBRES Y APELLIDOS			LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL			FIRMA					
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) NI ( ) PA ( )													
No.					No. AÑO								



ANÁLISIS ESPECIALES		Especialista en Salud Ocupacional		Licencia en Salud Ocupacional		Firma
Tipo de Documento		Nombre y Apellidos		No.	Año	
66.659.542		MARIA LUCIA GIRON P		918	2014	
EMPRESA QUE REPRESENTA (cuando es un proveedor contratado por la empresa)						
<b>Observaciones del especialista:</b>						
Se evidencia que en el siniestro que se presento de la buseta contra el tren cañero este pierde el control de vagon que colisiona contra nuestro vehiculo, el tren cañero no cumpliendo con la normatividad llevaba 5 vagones y no 4 como debe ser, debio a esto es dificil que el conductor tenga control de todo el vehiculo debido a la magnitud del mismo						
<b>X EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR ESTAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LA FUENTE, EL MEDIO O EL TRABAJADOR</b>						
Tipo	Medidas de Intervención	F	M	I	Responsable Implementación	Fecha Implementación
Capacitacion en riesgo vial			✓		SST	24 / 11 / 2021
Sensibilizacion en aceptacion del duelo por perdida			✓		SST	20 / 11 / 2021
Contratacion de empresa de transporte para apoyo de transporte a empleados de la empresa		✓			GERENCIA	15 / 01 / 2021
<b>XI. REMISIÓN DEL FORMATO DE INVESTIGACIÓN A LA ARL</b>						
Representante Legal	Nombre y Apellidos	Cargo	Fecha de Remisión	No. Folios	Firma	
<b>XII. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR</b>						
Responsable de Verificación	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma			
6.400.262	PEDRO NEL MENDEZ	GERENTE				
¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI NO						
Observaciones:						
<b>XIII. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA ARL</b>						
Responsable de Verificación ARL	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma			
¿Fueron efectivas las medidas de intervención? SI NO						
Observaciones y recomendaciones ARL:						