

FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCION 1401 DE 2007



Versión 2 - 20/12/2013

ACCIDENTE _____	ACCIDENTE GRAVE _____	ACCIDENTE MORTAL _____	ACCIDENTE LEVE _____	X	INCIDENTE _____
FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL: 28 / 06 / 2022 MM/DD/AA		FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA: ____ / ____ / ____ MM/DD/AA			
COORDINADOR DELEGADO: Anderson Pinto Ladino			CARGO: DIRECTOR HSEQ		
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO SANITAS		CÓDIGO EPS 2	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO SURA		CÓDIGO ARL 2
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO					CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
SEGURO SOCIAL		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUÁL		COLFONDOS
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA					
TIPO DE VINCULADOR LABORAL:		(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/>	(2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>	
SEDE PRINCIPAL					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE ELECTRICIDAD, INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, EN CASA DE HABITACION Y/O EDIFICIOS		CÓDIGO	3454201
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
SYPELC S.A.S		NI <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	N.U. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> 800.024.524
DIRECCIÓN			TELÉFONO		FAX
CL 18 # 33 A 22 BARRIO LA FLORIDA			3212539024		
CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
coordinadorahseqmeta@sypelc.com			META	VILLAVICENCIO	U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					CÓDIGO
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		TRABAJOS DE ELECTRICIDAD INCLUYE SOLAMENTE LOS TRABAJOS ESPECIALIZADOS DE INSTALACIÓN DE ALUMBRADO Y SEÑALIZACIÓN ELECTRICA DE CARRETERAS Y LOS TRABAJO DE INSTALACIÓN DE CENTRALE		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	4454202
DIRECCIÓN			TELÉFONO		FAX
CL 18 # 33 A 22 BARRIO LA FLORIDA			3212539024		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	
META		Villavicencio		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ					

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"/>	CÓDIGO (5)	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
Niño		Mendez		Sebastian		Camilo		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	N.U. <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	1121876593	1 4 0 5 1 9 9 1	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN						TELÉFONO		FAX
Calle 74 A 64- 55 Barrio San Fernando						3125748338		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA		CARGO		
META		VILLAVICENCIO		U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Técnico De Medida Directa		
OCUPACIÓN HABITUAL		Técnico De Medida Directa		CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL		TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL				
1 3 0 8 2 0 1 9		\$ 1.225.385		(1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>				
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE								
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				
1 7 0 6 2 0 2 2		1 3 0 0		LU MA MI JU VI x SA DO				
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CÓDIGO				
(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>		(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)						
TOTAL TIEMPO LABORADO		TIPO DE ACCIDENTE						
PREVIO AL ACCIDENTE		(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>						
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE		ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input checked="" type="checkbox"/>		META		_ / _ / _		Puerto López		U <input type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/>
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>						
INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)				TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)				
<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS				<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA				
<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN				<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN				
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS				<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA				
<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS				<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO				
<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS				<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)				
<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR				<input type="checkbox"/> (41) HERIDA				
<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS				<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)				
<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES				<input checked="" type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO				
<input checked="" type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)				<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA				
via publica								
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:				AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL				MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

<input type="checkbox"/>	(1) CABEZA
<input type="checkbox"/>	(1.12) OJO
<input type="checkbox"/>	(2) CUELLO
<input type="checkbox"/>	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
<input type="checkbox"/>	(3.32) TÓRAX
<input type="checkbox"/>	(3.33) ABDOMEN
<input type="checkbox"/>	(4) MIEMBROS SUPERIORES
<input type="checkbox"/>	(4.46) MANOS
<input type="checkbox"/>	(5) MIEMBROS INFERIORES
<input type="checkbox"/>	(5.56) PIES
<input type="checkbox"/>	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
<input checked="" type="checkbox"/>	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS

TRABAJADOR)											
<input type="checkbox"/>	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS										
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE										
<input type="checkbox"/>	(3) APARATOS										
<input type="checkbox"/>	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS										
<input type="checkbox"/>	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS										
<input type="checkbox"/>	(4.4) RADIACIONES										
<input type="checkbox"/>	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)										
<input type="checkbox"/>	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS										
<input type="checkbox"/>	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)										
<input type="checkbox"/>	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS										

<input type="checkbox"/>	(1) CAÍDA DE PERSONAS
<input type="checkbox"/>	(2) CAÍDA DE OBJETOS
<input checked="" type="checkbox"/>	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/>	(4) ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/>	(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/>	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/>	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/>	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS
<input type="checkbox"/>	(9) OTRO. (Especifique) ACCIDENTE DE TRANSITO

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

CUANDO: El día viernes 17 de junio del 2022 siendo las 13:00 horas

DONDE: km 12 vía Puerto López-Puerto Gaitán

QUE PASO: Se desplazaban en el vehículo de placas GSO483 los trabajadores Niño Mendez Sebastian Camilo Técnico De Medida Directa, quien conducía el vehículo y los acompañantes miembros de la cuadrilla Quintero Hernandez Didier Arles Auxiliar Medida Directa, Valderrama Mojica Karol Stefany Técnico Caminante, La cuadrilla había terminado una visita de la instalación de un medidor en la vereda la serranía del municipio de Puerto Gaitán, realizaron tanqueo, pasaron el Peaje Casetabla siendo las 13:00 horas de la tarde, se desplazaban por el km 12 vía Puerto López-Puerto Gaitán, tienen un accidente de tránsito donde pierde el control de su vehículo al parecer porque se estalla la llanta trasera izquierda para lo cual realiza maniobras intentando tomar el control del vehículo y al ver que un tracto camión se acercaba de manera inminente opta por darle el giro hacia la derecha al vehículo en donde los lleva directo hacia la cuneta y por la trocha que se ve en las huellas que se evidenciaron en el lugar de los hechos el vehículo ya toma una posición totalmente transversal o de costado y esto permite que el vehículo juntos con los ocupantes empiecen a sufrir el volcamiento en el costado de la vía donde finalmente el vehículo se detiene después de haber sufrido varias vueltas recibieron asistencia por ambulancia quienes


PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
	No:		
DECLARACIÓN	FIRMA:		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
	No:		
	FIRMA:		

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

haber sufrido varias vueltas. recibieron asistencia por ambulancia quienes los trasladaron al hospital local de Puerto López y fueron atendidos.

PORQUE: Al pasa al carril izquierdo y pierde el control del vehículo y al ver que un tracto camión se acercaba de manera inminente opta por darle el giro hacia la derecha al vehículo en donde los lleva directo hacia la cuneta y por la trocha que se ve en las huellas que se evidenciaron en el lugar de los hechos el vehículo ya toma una posición totalmente transversal o de costado y esto permite que el vehículo juntos con los ocupantes empiecen a sufrir el volcamiento en el costado de la vía donde finalmente el vehículo se detiene después de haber sufrido varias vueltas.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
PINTO LADINO ANDERSON		CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>				
CARGO:		No.	86081042				
DIRECTOR HSEQ							
FIRMA:		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE					
							
		2	8	0	6	2	0

V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO)

Revisando las evidencias fotograficas, el croquis que levanto la policia y la investigacion del Accidente de trabajo al parecer se evidencia una maniobra de adelantamiento ya que la frenada inicia en el carril izquierdo y desde el inicio de la frenada en el asfalto hasta el punto donde quedo volcada la camioneta hay 54 metros de acuerdo al informe de policia; para lo cual se puede establecer una hipotesis que venia a una velocidad superior a 100 km/h por lo cual no pudo controlar el vehiculo y por ende la frenada de 9 metros sobre el asfalto y 9.40 metros de huella sobre fuera de la carretera y 34 metros lo que rodo el carro hasta el punto final. Se observa que todas las llantas del vehiculo tienen buen labrado .

VI. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACÁ EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)



Se observan las dos huellas de frenado del vehiculo



se observa por la huella de frenado que el vehículo se encontraba en el carril izquierdo y la huella continua al carril derecho.



La huella de frenado tiene un longitud de 9 metros.



Huella frenada hasta el punto de volcado del vehiculo 52 metros



Se observa la huella del vehículo al salir de la vía he ingresar al lote de terreno tipo pasto



Se observa la huella de frenado por fuera de la via.



La huella de frenado de las llantas izquierdas



Se observa la pendiente de 25grados.



Huella de frenado sobre el terreno tipo pasto.



1
0



1
1



1
2



Se observa un terreno plano por donde el vehículo empezó a volcarse



Las partes del vehículo, Bómpier, escalera dieléctrica que fueron quedando por el camino antes de volcarse.



Se observa la cerca donde cayó la persona acompañante Karol al salir del vehículo.



Vehículo volcado



Se observa el vehículo volcado sin el bomper y el labrado de las llantas en buen estado

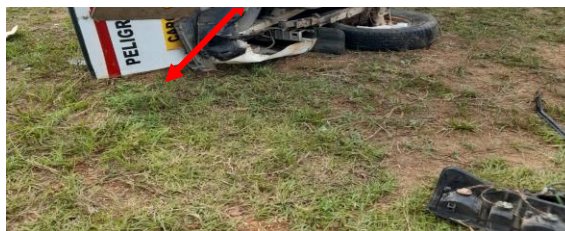


Se observa el vehículo volcado parte del techo





Se observa el capo dañado y panoramico roto

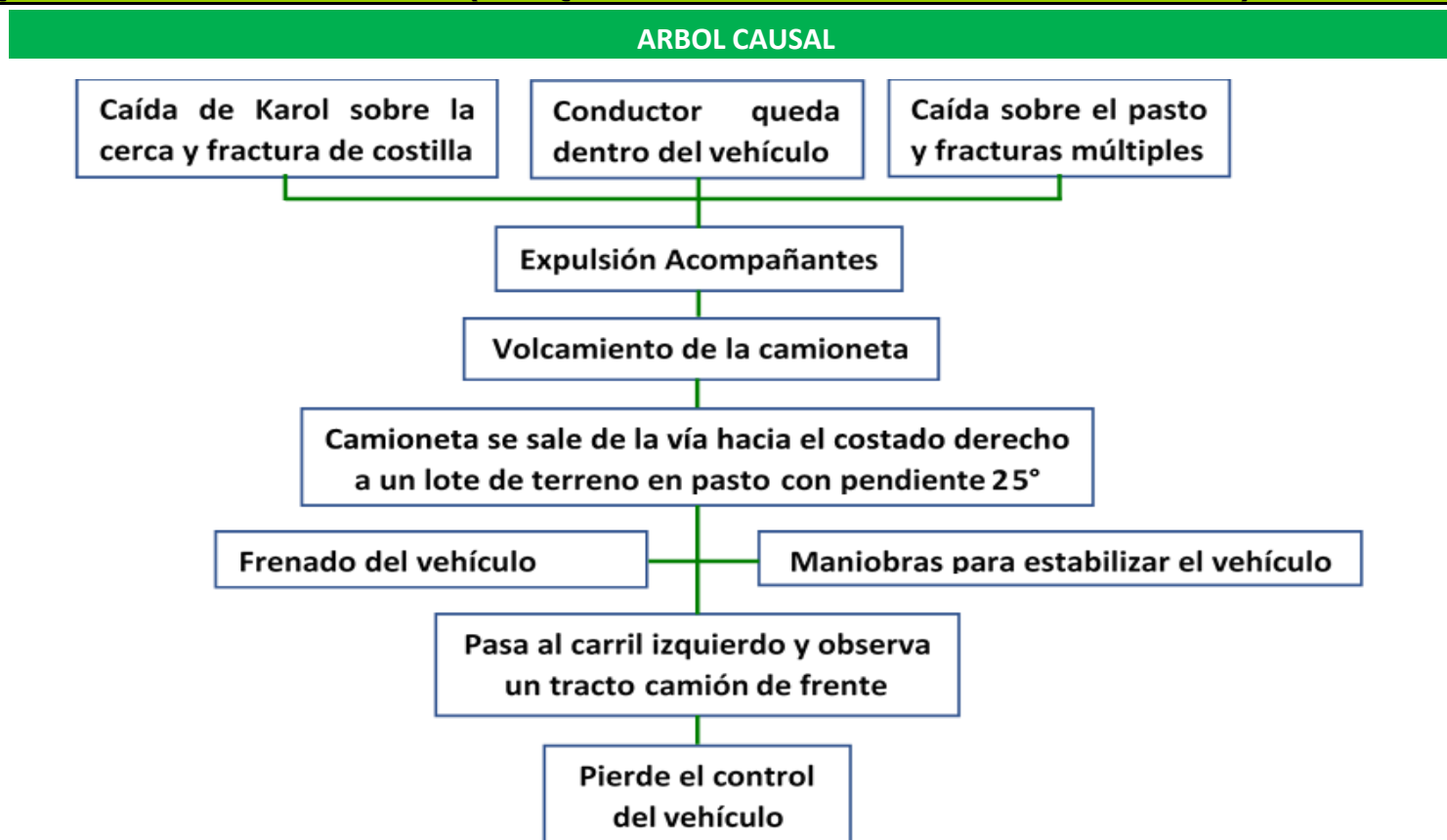


Se observa la parte trasera del vehiculo destruida



Se observa vehiculos volcado todas las llantas del vehiculo con su labrado en buen estado.

VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ARBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)










Los trabajadores Se desplazaban en el vehículo tipo camioneta de platón de placas **GSO483** Niño Mendez Sebastian Camilo Técnico De Medida Directa, quien conducía el vehículo y los acompañantes miembros de la cuadrilla Quintero Hernandez Didier Arles Auxiliar Medida Directa, Valderrama Mojica Karol Stefany Técnico Caminante, La cuadrilla había terminado una visita de la instalación de un medidor en la vereda la serranía del municipio de Puerto Gaitán, realizaron tanqueo, pasaron el Peaje Casetabla siendo las 13:00 horas de la tarde, se desplazaban por el km 12 vía Puerto López-Puerto Gaitán

VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
Ninguna	Operación o manejo a velocidad inapropiada.	Ninguno	Bajo tiempo de reacción.

IX. MEDIDAS DE INTERVENCION 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 EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA					
Reinducción HSEQ a todo el personal			X	15/7/2022	18/7/2022			HSEQ
Sensibilización Vial a todo el personal			X	10/7/2022	18/7/2022			HSEQ
Reunión Comité Seguridad Vial			X	15/7/2022	18/7/2022			HSEQ
Reunión COPASST			X	30/6/2022	18/7/2022			HSEQ
Memorando Informativo Coordinadores Operativos			X	30/6/2022	18/7/2022			Talento Humano
Socialización Procedimiento Mantenimiento Vehículos a todo el personal			X	15/7/2022	18/7/2022			Coordinador Transportes
Socialización Lección aprendida			X	15/7/2022	18/7/2022			HSEQ
Capacitación área jurídica sobre implicaciones penales			X	15/7/2022	18/7/2022			Talento Humano
Instalación Link Consulta Hoja de Vida del Vehículo			X	15/7/2022	18/7/2022			Talento Humano

Socialización Inspección Preoperacional de Vehículos					X	15/7/2022	18/7/2022			Talento Humano
X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION										
NOMBRE	CARGO	TAMENTO			MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA _ / _	FIRMA DOC IDENTIF	
Yesica Evelin Alzate Romero	Coordinadora HSEQ	Meta			Villavicencio	Calle 18 No. 33 A 22 barrio la florida	28/6/2022	18:00		
Anderson Pinto Ladino	Director HSEQ	Meta			Villavicencio	Calle 18 No. 33 A 22 barrio la florida	28/6/2022	18:00		
Fernando Neira	Director Operaciones	Meta			Villavicencio	Calle 18 No. 33 A 22 barrio la florida	28/6/2022	18:00		
José Daniel Martínez Ortiz	Coordinador Operaciones	Meta			Villavicencio	Calle 18 No. 33 A 22 barrio la florida	28/6/2022	18:00		
Carlos Alberto Buitrago Barbosa	Coordinador Transportes	Meta			Villavicencio	Calle 18 No. 33 A 22 barrio la florida	28/6/2022	18:00		
REPRESENTANTE LEGAL					 FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION					
ALVARO PEREZ MARTINEZ										
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL		LICENCIA NO		EXPEDIDA POR	 FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION					
Anderson Pinto Ladino		3429		Secretaria de Salud Villavicencio						
LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARL-SURA NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS DATOS QUE ALLÍ APARECEN.										
FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO (ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM 06/ DD 28 / AA 2022										

