

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



ACCIDENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	ACCIDENTE GRAVE	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE MORTAL	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE LEVE	<input type="checkbox"/>	INCIDENTE	<input type="checkbox"/>
FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARP:				FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA:					
22 / _04_ / _2010_ MM/DD/AA				_ / _ / _ MM/DD/AA					
COORDINADOR DELEGADO: OSCAR ENRIQUE GONZALEZ MUÑOZ				CARGO: INGENIERO DE PLANTA					
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO				CÓDIGO EPS		ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CÓDIGO ARP	
NUEVA EPS S.A.				37		ARP SURA		40	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO				CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL					
COLFONDOS				SEGURO SOCIAL		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL			
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 ala fabricacion de otros productos de caucho NCP, incluye solamente fabricacion de bandas empaquetadura, fabricacion de plasticos, baquilitas, latex				CÓDIGO	
								3251902	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO	
COLOMBIANA DE EXTRUSIÓN EXTRUCOL S.A.				NI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				800022371-4	
DIRECCIÓN				TELÉFONO				FAX	
Parque Industrial km 3 Vía Palenque Café Madrid				676 19 40				676 07 14	
CORREO ELECTRÓNICO				DEPARTAMENTO				MUNICIPIO	
info@extrucol.com				Santander				Bucaramanga	
				ZONA				U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR									
				CÓDIGO				3251902	
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMO DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input 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				CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO					
DIRECCIÓN				TELÉFONO				FAX	
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				ZONA	
								U <input 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"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CÓDIGO (5)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
FLOREZ		CRUZ		LUSBIN					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		13.831.450		0 5 0 5 4		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN				TELÉFONO				FAX	
Parque Industrial km 3 Vía Palenque Café Madrid				676 19 40				676 07 14	
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				ZONA	
Santander				Bucaramanga				U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN HABITUAL				CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL				TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
Operadores de maquinas herramientas y afines								2 6 0 1	
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA				SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
0 1 0 6 1 9 8 8				\$ 1.055.942				(1) DIURNA <input 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					
2 6 0 1		2 0 1 0		1 1 1 5 LU MA x MI JU VI 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 type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)							
TOTAL TIEMPO LABORADO		TIPO DE ACCIDENTE							
0 5 1 5		(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 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"/>		SANTANDER		_ / _ / _		SANTANDER		U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>									

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)	
<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS	<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS	<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS
<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS	<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS	<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
<input type="checkbox"/> (9) OTRO. (Especifique)	

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)	
<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA	<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA	<input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA
<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
<input type="checkbox"/> (41) HERIDA	<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES
<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	<input type="checkbox"/> (99) OTRO. (Especifique)
<input type="checkbox"/> (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	
<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA	

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

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input 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

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS	<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS
<input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES	<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTO
<input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/> OTRO. (Especifique)	

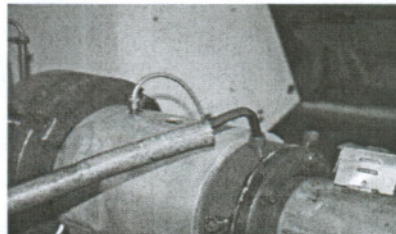
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)
¿QUÉ PASO? EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA CENTRANDO LA MATRIZ DE LA LÍNEA DE EXTRUSION II Y AL MOMENTO DE HACER EL AJUSTE DEL TORNILLO AXIAL CON UNA LLAVE BRISTOL, SE PARTIO EL TORNILLO Y DEBIDO A LA FUERZA QUE LLEVABA EL BRAZO PROVOCO LA LESION EN EL HOMBRO DEL TRABAJADOR.
¿QUIEN?: LUSBIN FLOREZ CRUZ
¿COMO ? : REALIZANDO EL AJUSTE DE UN TORNILLO CON LA LLAVE BRISTOL.
¿DONDE ? EN EL CABEZAL DE LA EXTRUSURA NÚMERO II, EJECUTANDO UNA DE SUS TAREAS HABITUALES.
¿CUANDO?: SE ENCONTRABA EN SU HORARIO DE TRABAJO EN EL TURNO DE 6:00 PM A 2:00 PM Y EL ACCIDENTE SE PRESENTÓ ALREDEDOR DE LAS 10:45 AM

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"/>
CARGO	No:
DECLARACIÓN	
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"/>
CARGO	No:
DECLARACIÓN	
FIRMA:	
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)	
APellidos y Nombres completos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
JOSE ANTONIO CAICEDO CARRILLO	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
CARGO	No. 13.827.798
DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE
	2 0 0 4 2 0 1 0

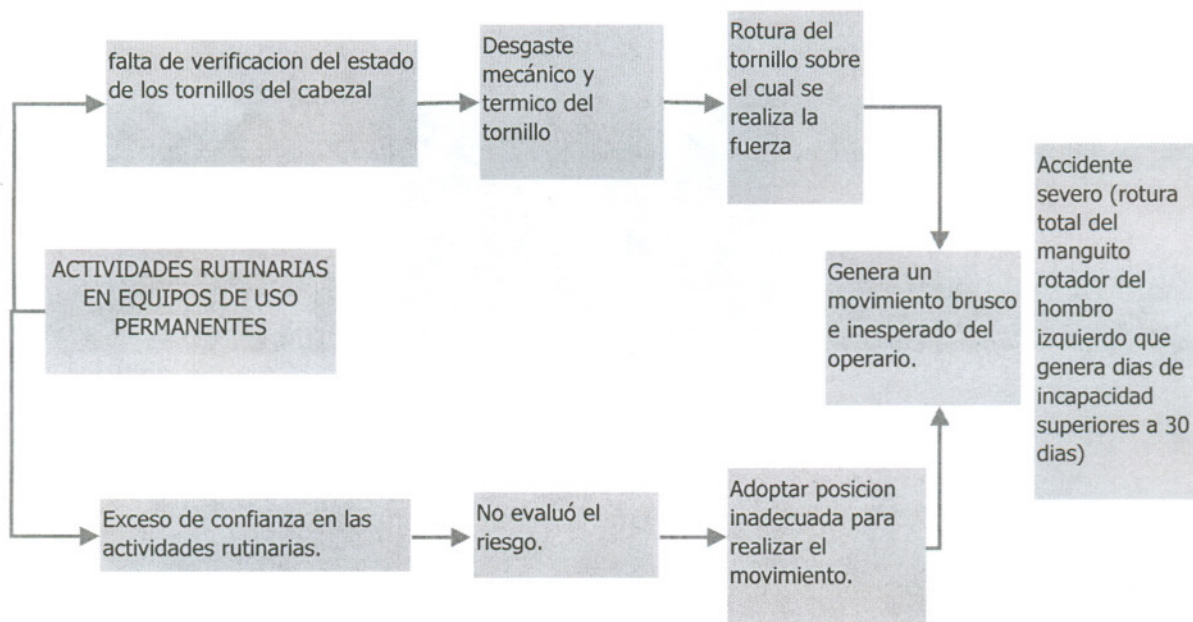
V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO)
 EL PROCEDIMIENTO DE DESMONTAJE Y MONTAJE DE LA MATRIZ SE REALIZA EN GRUPOS DE TRES OPERARIOS Y LA ACTIVIDAD DE CENTRADO DEBE SER REALIZADO POR UNA SOLA PERSONA. INICIALMENTE EL DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN FUE UN ESGINCE Y SE REPORTO ASÍ A LA ARP.

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

Estas fotografías describen la simulación de la posible situación



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



VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)							
CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BÁSICAS					
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO		FACTORES PERSONALES			
Desgaste mecánico y/o termico del tornillo.	No detecto el riesgo	No se tiene definida la vida útil de los tornillos.		Exceso de confianza en tareas rutinarias			
	Adoptar posicion inadecuada para realizar el moviento			Posicion inadecuada para realizar el movimiento			
	falta de verificacion del estado de los						

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				
Programas de control sobre la vida util de los tornillos del cabezal	x			20/06/2010	30/06/2010		OSCAR GONZALEZ
Entrenamiento en posiciones ergonomicas seguras para realizar la actividad.		x	x	25/04/2010	30/04/2010		OSCAR GONZALEZ

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN							
NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA	FIRMA DOC IDENTIF
OSCAR ENRIQUE GONZALES	JEFE INMEDIATON (Necesario)	SANTANDER	BUCARAMANGA	Parque Industrial km 3 Vía Palenque	20/04/2010	10:30 a.m.	<i>[Firma]</i> cc. 13.827.798
JOSE ANTONIO CAICEDO	REP. COPASO (Necesario)	SANTANDER	BUCARAMANGA	Parque Industrial km 3 Vía Palenque	21/04/2010	11:30 a.m.	<i>[Firma]</i> cc. 13.827.798
LINA MARCELA GARCIA	PRACTICANTE DE SO	SANTANDER	BUCARAMANGA	Parque Industrial km 3 Vía Palenque	22/04/2010	12:30 p.m.	<i>[Firma]</i> cc. 13.827.798

REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
<i>José Antonio Caicedo e.</i>		<i>[Firma]</i> cc. 13.827.798	
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARP-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 DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
(ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARP) _MM_ / _DD_ / _AA_