

		No. AT Incapacitan tes	Total Accidente	DIAS PERDIDOS POR AT	Promedio dias perdidos por A.T.I	Total de Trabajadore s
<b>2013</b>	Enero	14	43	349	24,9	462
	Febrero	14	26	346	24,7	519
	Marzo	8	30	311	38,9	512
	Abril	8	20	195	24,4	452
	Mayo	8	25	155	19,4	422
	Junio	9	18	719	79,9	413
	Julio	5	19	67	13,4	388
	Agosto	8	18	166	20,8	381
	Septiembre	7	11	77	11,0	372
	Octubre	7	19	175	25,0	370
	Noviembre	14	24	975	69,6	366
	Diciembre	11	20	349	31,7	366
	<b>TOTAL 2013</b>	<b>113</b>	<b>273</b>	<b>3.884</b>	<b>31,97</b>	<b>418,58</b>
<b>2014</b>	ene-14	9	24	50	5,6	366
	feb-14	8	15	86	10,8	366
	mar-14	8	16	563	70,4	366
	abr-14	11	21	903	82,1	366
	may-14	11	20	204	18,5	368
	jun-14	11	21	223	20,3	380
	jul-14	15	30	252	16,8	380
	ago-14	10	24	176	17,6	395
	sep-14	14	23	81	5,8	402
	oct-14	9	22	141	15,7	402
	nov-14	10	12	322	32,2	390
	dic-14	11	22	285	25,9	384
	<b>TOTAL 2014</b>	<b>129</b>	<b>250</b>	<b>235</b>	<b>22,67</b>	<b>380,42</b>

No.Trab. Ausentismo	Dia laborales	H.H. T.	HORAS PERDIDAS POR AT	T. A.	T.S.	I.F
9	25	185.548,00	2.792,00	3,03	1,50	15,09
8	24	200.483,00	2.768,00	2,70	1,38	13,97
9	23	188.319,00	2.488,00	1,56	1,32	8,50
12	26	185.678,00	1.560,00	1,77	0,84	8,62
11	25	166.563,00	1.240,00	1,90	0,74	9,61
8	23	151.025,00	5.752,00	2,18	3,81	11,92
10	25	154.721,00	536,00	1,29	0,35	6,46
10	25	150.547,00	1.328,00	2,10	0,88	10,63
8	25	147.143,00	616,00	1,88	0,21	9,51
7	26	152.718,00	1.400,00	1,89	0,47	9,17
9	24	141.563,00	7.800,00	3,83	2,66	19,78
7	25	145.331,00	2.792,00	3,01	0,95	15,14
<b>9,00</b>	<b>24,67</b>	<b>1.969.639,00</b>	<b>31.072,00</b>	<b>2,26</b>	<b>1,26</b>	<b>11,53</b>
34	25	135.721	400,00	2,46	0,29	13,26
26	24	132.310	688,00	2,19	0,52	12,09
35	25	134.904	4.504,00	2,19	3,34	11,86
32	24	131.876	7.224,00	3,01	5,48	16,68
31	26	145.920	1.632,00	2,99	1,12	15,08
36	25	145.005	1.784,00	2,89	1,23	15,17
27	27	159.234	2.016,00	3,95	1,27	18,84
36	26	158.311	1.408,00	2,53	0,89	12,63
33	26	158.951	648,00	3,48	0,20	21,14
33	26	158.159	1.128,00	2,24	0,35	13,66
28	23	138.075	2.576,00	2,56	0,83	14,48
33	25	143.302	2.280,00	2,86	0,74	15,35
<b>32,00</b>	<b>302,00</b>	<b>1.741.768,20</b>	<b>22.560,00</b>	<b>2,82</b>	<b>1,18</b>	<b>14,80</b>

I.S.	I.L.I.	I.F Total Accidentes	TATA
376,18	5,677	46,35	9,31%
345,17	4,821	25,94	5,01%
330,29	2,806	31,86	5,86%
210,04	1,810	21,54	4,42%
186,12	1,788	30,02	5,92%
952,16	11,348	23,84	4,36%
86,61	0,560	24,56	4,90%
220,53	2,344	23,91	4,72%
125,59	1,195	14,95	2,96%
275,02	2,521	24,88	5,14%
1.377,48	27,245	33,91	6,56%
480,28	7,270	27,52	5,46%
<b>413,79</b>	<b>5,782</b>	<b>27,44</b>	<b>5,38%</b>
73,68	0,977	35,37	7%
130,00	1,572	22,67	4%
834,67	9,899	23,72	4%
1.369,47	22,846	31,85	6%
279,61	4,216	27,41	5,43%
307,58	4,667	28,96	5,53%
316,51	5,963	37,68	7,89%
222,35	2,809	30,32	6,08%
122,30	2,585	28,94	5,72%
213,96	2,922	27,82	5,47%
466,41	6,756	17,38	3,08%
397,76	6,107	30,70	5,73%
<b>337,71</b>	<b>5,162</b>	<b>28,59</b>	<b>5,48%</b>

**INFORME TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO**  
**EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. - RIESGOS LABORALES**

ARL

EMPRESA

**DATOS AFILIACIÓN**

EPS 2 Salud Total S.A.   
Cod  
ARL 29 ARP La Equidad Seguros   
Cod  
AFP 10 Colfondos   
Cod  
SEGURO SOCIAL

INCIDENTE (IT)

ACCIDENTE (AT)

LEVE

GRAVE

MORTAL

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA**

**TIPO DE VINCULADOR LABORAL**

- (1) EMPLEADOR  
 (2) CONTRATANTE  
 (3) COOPERATIVO DE TRABAJO ASOCIADO

**SEDE PRINCIPAL**

Actividad Económica: extracion y aglomeracion de hulla(carbón de piedra)

Código A.E.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Carbones San fernado S.A.S

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI  No. 890.903.357-9

DIRECCIÓN: Vereda paso nivel TELÉFONO: 847 31 86 FAX: 8473712

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): hcano@carbonessanfernando.co DEPARTAMENTO: 05 ANTIOQUIA

Cod dpto

MUNICIPIO: AMAGA 05030- 05  ZONA U  R   
Cod ciud - Cod dpto

**II. CENTRO DE TRABAJO DEL ACCIDENTADO O INCIDENTE**

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:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: 00 VACIO

Cod dpto

MUNICIPIO: SIN CIUDAD 00000- 00  ZONA U  R   
Cod ciud - Cod dpto

**III. DATOS DEL TRABAJADOR QUE SUFRIÓ ACCIDENTE O INCIDENTE**

**TIPO DE VINCULACIÓN**

- (1) Planta  (2) Misión  (3) Cooperado  (4) Estudiante o Aprendiz  (5) Independiente Código

PRIMER APELLIDO: Agudelo SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: Cesar SEGUNDO NOMBRE: Tulio

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC No. 15.457.024

FECHA DE NACIMIENTO: 12 Marzo 1964 SEXO: F  M

DIRECCIÓN: Mani de las Casas TELÉFONO: 3136766186 FAX:

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): DEPARTAMENTO: 05 ANTIOQUIA

MUNICIPIO: AMAGA 05030-05 ZONA U  R

CARGO: Oficios Varios Mineros OCUPACIÓN HABITUAL: Minero Código o.h.:

TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL AT / IT 30 SALARIO U HONORARIO: \$ 644,350

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 25 Agosto 2011 (MENSUALES)

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL  (1) DIURNA  (2) NOCTURNA  (3) MIXTO  (4) TURNOS

**IV. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE**

FECHA DEL AT / IT 20 Julio 2016 HORA DEL AT / IT (0-23 Hrs) 03 45

DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL AT / IT  LU  MA  MI  JU  VI  SA  DO

JORNADA EN QUE SUCEDE  (1) NORMAL  (2) EXTRA

ESTA REALIZANDO LA LABOR HABITUAL?  SI  NO CUAL Código

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL AT / IT 04 50 Hr Min

CAUSÓ LA MUERTE DEL TRABAJADOR  SI  NO

FECHA MUERTE DEL TRABAJADOR

MUNICIPIO: SIN CIUDAD 00000-00 DEPARTAMENTO: 00 VACIO U  R

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL AT / IT  (1) DENTRO DE LA EMPRESA  (2) FUERA DE LA EMPRESA

INDIQUE CUÁL SITIO:

(1) Almacenes o Depósitos  (6) Parqueadero o área de circulación vehicular

(2) Áreas de producción  (7) Oficinas

(3) Áreas recreativas o deportivas  (8) Otras áreas comunes

(4) Corredores o pasillos  (9) Otro

(5) Escolares Especifique

TIPO DE ACCIDENTE O INCIDENTE  (1) Violencia  (2) Tránsito  (3) Deportivo  (4) Recreativo o cultural  (5) Propios del trabajo

TIPO DE LESIÓN 160 Contusión, machucón, magullamiento

(NORMA ANSI Z 16.2 - Ver Anexo 1) COD

PARTE DEL CUERPO AFECTADA 340 Dedos mano

(NORMA ANSI Z 16.2 - Ver Anexo 1) COD

AGENTE DEL ACCIDENTE 4300 Productos minerales no metálicos, no especificados en otra parte (lodo, arcilla, piedras, etc.)

(NORMA ANSI Z 16.2 - Ver Anexo 1) COD

**MECANISMO O FUENTE DEL ACCIDENTE** 10 Golpeado contra

(NORMA ANSI Z 16.2 - Ver Anexo 1)

COD

**DESCRIBA LA FORMA COMO SUCEDIÓ EL AT / IT:**

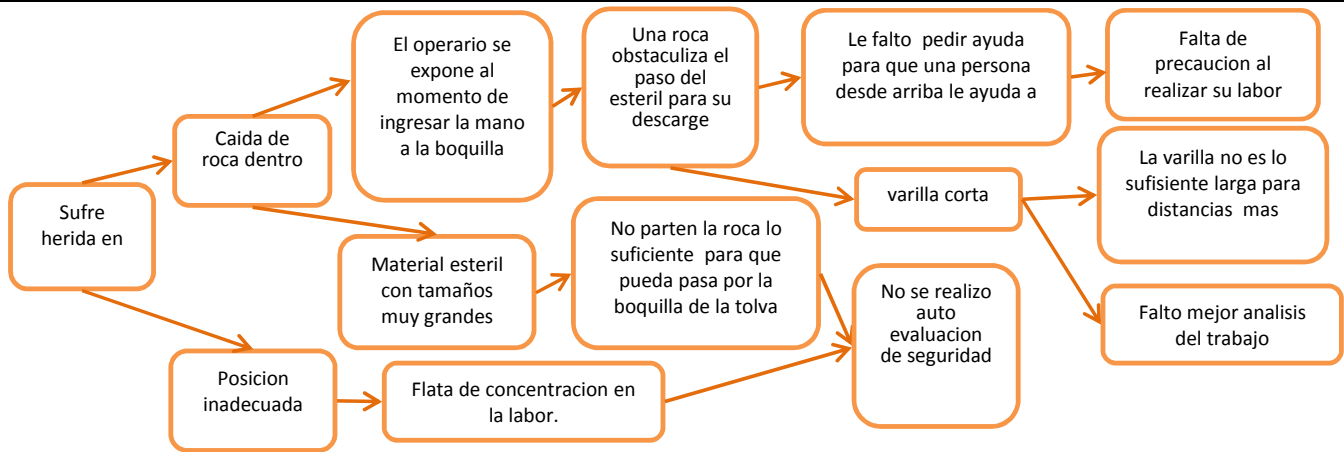
El colaborador se encontraba descargando la tolva de roca de manto 3, dentro de la boquilla se atraviesa una roca lo cual el intenta romper con la varilla, entrando un poco mas de lo normal la mano ya que se encontraba un poco retirada, en lo alto de la tolva se desprende una roca rodando hasta llegar a su mano, causandole herida en los dedos numero 4 y 5 de la mano izquierda y desprendimiento de la uña por el golpe en el dedo numero 4.

**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO:**

El colaborador manifiesta que se encontraba descargando la tolva de roca, dentro de la boquilla se atravesó una roca, trato de romperla y se desprendió una roca de arriba, golpeándole los dedos 4 y 5 de la mano izquierda. Causándole herida en ambos dedos.

FIRMA DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO: \_\_\_\_\_

**METODOLOGIA DE ANALISIS (aplicar metodologia de analisis para causa raiz):**



**INSERTAR DIAGRAMA DE FLUJO DE AT / IT (DIBUJO, DIAGRAMA, FOTOGRAFÍAS, ETC.):**

**V. TESTIGOS DEL ACCIDENTE O INCIDENTE**

**TESTIGO No. 1**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_

SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC  No. \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO No. 1:**

FIRMA DEL TESTIGO No. 1: \_\_\_\_\_

**TESTIGO No. 2**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_

SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Otro  No.

CARGO: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO No.2:**

FIRMA DEL TESTIGO No. 2: \_\_\_\_\_

**VI. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (Según Norma ANSI Z-16.2 Ver Anexo 1)**

CAUSAS DIRECTAS O INMEDIATAS		CAUSAS INDIRECTAS O BÁSICAS	
Circunstancias que se presentan antes del contacto que produce la pérdida (accidente)		Corresponden a las causas reales que se manifiestan después de los síntomas, son las razones por las cuales ocurren las causas inmediatas.	
<u>Condiciones Inseguras o Subestándar</u>	<u>Actos Inseguros o Subestándar</u>	<u>Factores de Trabajo</u>	<u>Factores Personales</u>
Aquellas originadas por el ambiente de trabajo, máquinas, equipos, herramientas, instalaciones procesos, o procedimientos, independiente del comportamiento de las personas	Aquellos originados por las acciones u omisión de las personas. Acto que realiza el trabajador de manera insegura o inapropiada.	Aquellas causas propias de la organización que originan las condiciones inseguras como Supervisión y liderazgo deficientes, Herramientas y equipos inadecuados Estándares Deficientes de trabajo	Aquellas causas que originan los actos inseguros como la Capacidad física / fisiológica Inadecuada, capacidad Mental / Psicológica Inadecuada, Tensión Física o mental Falta de Conocimiento
399- Metodo o procedimiento peligroso no especificado	556- exponerse innecesariamente bajo cargas suspendidas	505- Evaluacion deficiente de la condicion conveniente para operar	304- Rutina, monotonia
330- Uso de heramienta o equipos inadecuados o inapropiados	559- Adoptar posicion o postura insegura	603- Inspeccion o control deficiente	305- Exigencia de una concentracion profunda
599- Inadecuadamente protegido no especificado en otra parte	353- Agarrar Inseguramente	210- Identificacion deficiente de los items que implica riesgo	612- Falta de esfuerzo positivo para el comportamiento correcto
		106- Evaluacion deficiente para el comienzo de una operacion	

**CONCLUSIONES:**

En el analisis de accidente de trabajo se encontraron: que la varilla con que el colaborador estaba realizando su labor no es la apropiada debido a que es muy corta y se encontro material sobre tamaño dentro de la tolva de almacenamiento. Se concluye que el colaborador no realiza la auto evaluacion de seguridad para analizar el riesgo al que se esponia, al realizar la operacion con esa varilla corta, pudiendo utilizar la varilla de la tolva de manto 2 que se encontraba a 30 metros ya que es un poco mas larga.

**VII. PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS Y SEGUIMIENTO**

ACTIVIDADES SEGÚN PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE REALIZACIÓN	FECHA DE VERIFICACIÓN	ACCIÓN EJECUTADA Y EFECTIVA SI /NO	AJUSTES / OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN
EN LA FUENTE						
cambiar la varilla con la que se realiza este procedimiento.	Nelson Serrano. Ruben Muriel.					


**EN EL MEDIO**

Partir la roca sobre tamaño que se estan enviando desde los frentes de trabajo.	Jaime Cardona. Ruben Muriel.					

**EN EL TRABAJADOR**

Retroalimentacion al trabajador sobre el accidente ocurrido	Jaime Cardona. Sergio Dulcey					
Retroalimentacion de procedimientos de preparacion y desarrollo, a los avanzadores.	Jaime Cardona. Ruben Muriel.					

**VIII. RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (Empresa)**

PRIMER APELLIDO: Dulcey SEGUNDO APELLIDO: Torres  
 PRIMER NOMBRE: Sergio SEGUNDO NOMBRE: Andres  
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC  No. 1,065,592,874  
 FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20  Julio  2016   
dd mm aaaa  
 CARGO: Jefe de Turno FIRMA: \_\_\_\_\_

**IX. DATOS DEL EQUIPO INVESTIGADOR DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (Empresa)**

	INVESTIGADOR No. 1	INVESTIGADOR No. 2	INVESTIGADOR No. 3
NOMBRE COMPLETO:	Sergio Dulcey	Jaime Cardona	Oscar Jaramillo
CARGO:	Supervisor turno	supervisor	Inspector SS-T
CARGO DENTRO PSO:			
TIPO DCTO:	CC <input type="button" value="v"/>	CC <input type="button" value="v"/>	CC <input type="button" value="v"/>
No. DCTO:	1.065.592.874	70.302.770	98.603.697
LIC. SO:			
FIRMAS:			
	INVESTIGADOR No. 4	INVESTIGADOR No. 5	INVESTIGADOR No. 6
NOMBRE COMPLETO:			
CARGO:			



CARGO DENTRO PSO:			
TIPO DCTO:	CC <input type="button" value="v"/>	CC <input type="button" value="v"/>	Otro <input type="button" value="v"/>
No. DCTO:			
LIC. SO:			
FIRMAS:			

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: SIN CIUDAD 00000- 00  DEPARTAMENTO: 00 VACIO  U  R

Cod ciud - Cod dpto Cod dpto

#### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

PRIMER APELLIDO: Espinel SEGUNDO APELLIDO: rico

PRIMER NOMBRE: Luis SEGUNDO NOMBRE: Felipe

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC  No. 9,399,054

CARGO: Gerente mina FIRMA: \_\_\_\_\_

#### X. DATOS DE INVESTIGADORES ADICIONALES DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (Asesores Externos - Asesor ARL)

	INVESTIGADOR No. 1	INVESTIGADOR No. 2	INVESTIGADOR No. 3
NOMBRE COMPLETO:			
CARGO:			
CARGO DENTRO PSO:			
TIPO DCTO:	Otro <input type="button" value="v"/>	Otro <input type="button" value="v"/>	Otro <input type="button" value="v"/>
No. DCTO:			
LIC. SO:			
FIRMAS:			

#### XI. DATOS DE REMISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE

FECHA DE ENVÍO A LA ARL POR PARTE DE LA EMPRESA:                 

dd mm aaaa

FECHA DE ENVÍO DE RECOMENDACIONES A LA EMPRESA POR PARTE DE LA ARL:                 

dd mm aaaa

FECHA DE ENVÍO A DTT MINTRABAJO POR PARTE DE LA ARL:                 

dd mm aaaa

#### LUGAR, FECHA Y HORA DE LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE O INCIDENTE

LUGAR: Carbones San Fernando

FECHA: 20  Julio  2016

dd mm aaaa

HORA: 20  30

Hr Min

**Nota:** El concepto de origen del evento planteado en este informe no es definitivo, sólo constituye un aporte técnico al área de Indemnizaciones de La Equidad Seguros de Vida O.C. Riesgos Laborales, quien es el único ente responsable de emitir y notificar a la empresa y al trabajador la objeción o cobertura de los ATEP reportados por nuestros afiliados.

