

Antes



Después

## COMUNIDAD NACIONAL DE CONOCIMIENTO EN:

Prevención de Peligros en el  
Sector Manufactura

“Para el hombre prudente es más fácil prevenir que remediar.”

BALTASAR GRACIAN  
Escritor y jesuita español



# COMUNIDAD NACIONAL DE CONOCIMIENTO EN

## PREVENCIÓN DE PELIGROS EN EL SECTOR MANUFACTURA

---

PLAN NACIONAL  
**MULTIMODAL**  
DE EDUCACIÓN EN S.S.T.

# EXPERTO LÍDER

*De la comunidad en prevención de  
peligros en el sector manufactura*

Michael Joseph Sanabria  
Joseph.sanabria@gmail.com  
Contacto: +57 3125171266





# EVALUÉMONOS







# ACCIDENTALIDAD EN SECTOR MANUFACTURA

**RUTA DE  
CONOCIMIENTO**

**1**

**AÑO 2022**

**TÍTULO**

ACCIDENTALIDAD EN  
SECTOR  
MANUFACTURA

**01**

**TÍTULO**

ENFERMEDAD  
LABORAL EN SECTOR  
MANUFACTURA

**02**

**03**

**TÍTULO**

PLAN DE TRABAJO  
ANUAL SST EN  
SECTOR  
MANUFACTURA

**04**

**TÍTULO**

OBJETIVOS, METAS E  
INDICADORES EN EL  
SG SST PARA SECTOR  
MANUFACTURA

**TÍTULO**

IDENTIFICACIÓN DE ENERGÍAS  
PELIGROSAS EN SECTOR  
MANUFACTURA

**05**

**06**

**TÍTULO**

BLOQUEO Y  
ETIQUETADO EN  
SECTOR  
MANUFACTURA

**07**

**TÍTULO**

PERMISOS DE TRABAJO POR  
TAREAS CRÍTICAS (TAREAS DE  
ALTO RIESGO)



# TABLA DE CONTENIDOS

Momento 1

## Momento 1

Caracterización de la accidentalidad en el sector manufactura



## Momento 2

Plan de acción, actualización de matriz de peligros y seguimiento



## Momento 3

Evaluación de la efectividad del plan de acción





# OBJETIVO GENERAL

Definir estrategias para la intervención de la accidentalidad en el sector manufactura y la evaluación de la efectividad de la misma como parte del plan de mejora del SG SST en la empresa.



# OBJETIVOS ESPECÍFICOS



## OBJETIVO ESPECIFICO 1

Definir las bases para realizar una correcta caracterización de la accidentalidad en la empresa



## OBJETIVO ESPECIFICO 2

Relacionar los planes de acción resultantes de la investigación de AT con las actividades del plan de mejora del SG SST



## OBJETIVO ESPECIFICO 3

Establecer mecanismos para evaluar la efectividad en la intervención realizada

# Caracterización de la accidentalidad

## INFORMACIÓN DEL FURAT

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE																							
FECHA DEL ACCIDENTE				HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)			DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE				JORNADA EN QUE SUCEDE:												
D	D	M	M	A	A	A	A	H	H	M	M	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	<input type="checkbox"/> (1) NORMAL <input type="checkbox"/> (2) EXTRA				
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?											CÓDIGO		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE										
<input type="checkbox"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO ¿CUÁL?(Diligenciar solo en caso negativo): _____													H   H   M   M										
TIPO DE ACCIDENTE											¿CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?												
<input type="checkbox"/> (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"/> (1) SÍ <input type="checkbox"/> (2) NO												
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE				CÓDIGO		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE				CÓDIGO		ZONA											
												<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R											
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE								AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)				MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE:											
<input type="checkbox"/> (1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA				(20) LUXACIÓN <input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN, SIN HERIDA CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> (30) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo) <input type="checkbox"/> (40) HERIDA <input type="checkbox"/> (41) TRAUMA SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> (50) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASAMIENTO (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) <input type="checkbox"/> (55) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (60) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA <input type="checkbox"/> (70) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE <input type="checkbox"/> (80) ASFIXIA <input type="checkbox"/> (81) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>				(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (99) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____				(1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDÓMEN <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 type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input 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"/> (44) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos) <input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Aves o productos animales) <input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>				(1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> (4) ATRAJAMIENTOS <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 O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> (9) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
INDIQUE CUAL SITIO:				PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:				TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUÁLES)				No. 99999999											
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <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 <input type="checkbox"/> (Especifique) _____				(1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.12) OJO <input type="checkbox"/> (2) CUELLO <input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis) <input type="checkbox"/> (3.32) TÓRAX <input type="checkbox"/> (3.33) ABDÓMEN <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 type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/>				(1) FRACTURA <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> (8) <input type="checkbox"/> (9) <input type="checkbox"/>				No. 99999999											



# Clasificación de peligros

## Agente y mecanismo del accidente

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	MECANISMOS O FORMA DEL ACCIDENTE:
(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/>	(1) CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/>
(2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	(2) CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/>
(3) APARATOS <input type="checkbox"/>	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/>
(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/>	(4) ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/>
(4) MATERIALES O SUSANCIAS <input type="checkbox"/>	(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/>
(44) RADIACIONES <input type="checkbox"/>	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/>
(5) AMBIENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>
(Incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/>
(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>	(9) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____
(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales) <input type="checkbox"/>	
(7) AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/>	

**No. 99999999**

## CLASIFICACION DE PELIGROS SEGÚN GTC 45 V. 2012.



# Actualización de IPVER

## CRITERIOS

- Anual
- Cambios en el proceso
- Ocurra un accidente de trabajo mortal o evento catastrófico

## PROCEDIMIENTO

- Documentado
- Articular AT con Valoración
- Frecuencia de actualización

PROCESO		GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO															
FORMATO		MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION Y VALORACION DE RIESGOS															
PELIGRO			TOTAL DE TRABAJADORES EXPUESTOS (NÚMERO)		MEDIDAS DE CONTOL EXISTENTES			VALORACIÓN DEL RIESGO					CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES				
SUBCLASIFICACION	EFFECTOS POSIBLES	TIEMPO EXPOSICIÓN (HORAS)	DIRECTOS	INDIRECTOS	FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	ND	NE	NP	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	NIVEL DE CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO (NR)	INTERVENCIÓN DEL R	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	PEOR CONSECUENCIA	ELIMINAC
Contacto con microorganismos ( Bacterias, Hongos y Virus). (Atención de usuarios en condiciones de enfermedad)	respiratorias, enfermedades infectocontagiosas. Enfermedades respiratorias	8	7	0	Ninguna	Se dispone de un espacio para el lavado de manos dotado de jabón, toallas. Aseo y desinfección de baterías sanitarias, lava manos.	Ninguna	2	3	6	MEDIO	60	360	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Enfermedades infectocontagiosas con posibilidad de muerte	ninguna
Condiciones de la tarea, demandas emocionales. (Atención de usuarios angustiados, alterados)	Sintomatologías de estrés.	8	7	0	Ninguna	Ninguna	Ninguna	2	3	6	MEDIO	60	360	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECÍFICO	Patologías derivadas del estrés	ninguna







# EVALUACIÓN EFECTIVIDAD

**Tabla 4.** Algunos indicadores del trabajo de observación

Indicador	Formula	Cantidad
Horas hombre trabajadas	$HHT = 8 \text{ Horas} \times 6 \text{ días a la Semana} \times 4,29 \text{ (Factor de conversión de semana a mes)} \times 12 \text{ meses (año)} \times \text{número de trabajadores}$	165559,8
Días perdidos por incapacidad de origen ocupacional	Días de incapacidad otorgados a los trabajadores accidentados	51
Índice de frecuencia de accidente de trabajo	$\text{Total de accidentes en año} \times K / HHT \text{ año}$	21,7
Índice de severidad de accidente de trabajo	$\text{No.de días perdidos y cargados por AT en el año} \times K / HHT \text{ año}$	30,8







# EVALUÉMONOS



# BIBLIOGRAFIA

- 1 GTC 45 v. 2012. GUÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS Y LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL
- 2 Resolución 1401 de 2007. por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- 3 Guía para la investigación de accidentes e incidentes de trabajo y enfermedad laboral. <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2018/11/guia-investigacion-accidentes-incidentes-trabajo-enfermedad-laboral.pdf>

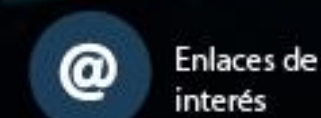
# PREGUNTAS



- 
- 1 Pregunta 1
  - 2 Pregunta 2
  - 3 Pregunta 3



# RECUERDA QUE POSITIVA ★ TIENE PARA TI ★





Para una mejor atención y servicio al cliente, disponemos de los siguientes  
★ canales de comunicación ★



EDUCACIÓN VIRTUAL –  
CURSOS DE OBLIGATORIO  
CUMPLIMIENTO

[educavirtual@positiva.gov.co](mailto:educavirtual@positiva.gov.co)



EDUCACIÓN PRESENCIAL Y  
TALLERES WEB

[positiva.educa@positiva.gov.co](mailto:positiva.educa@positiva.gov.co)