

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) 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 (Años 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:															
(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"/>															
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUAL O CUÁLES)																			
(10) FRACTURA <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

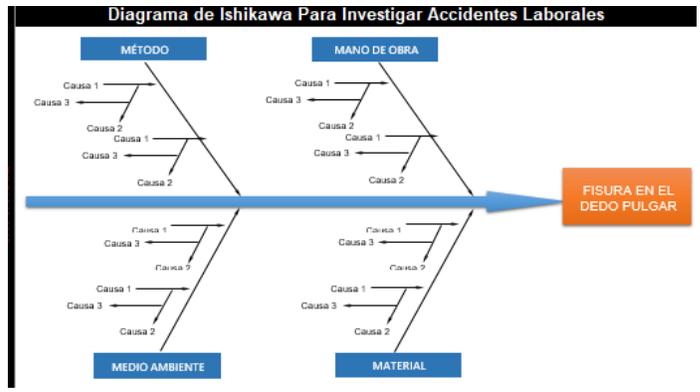
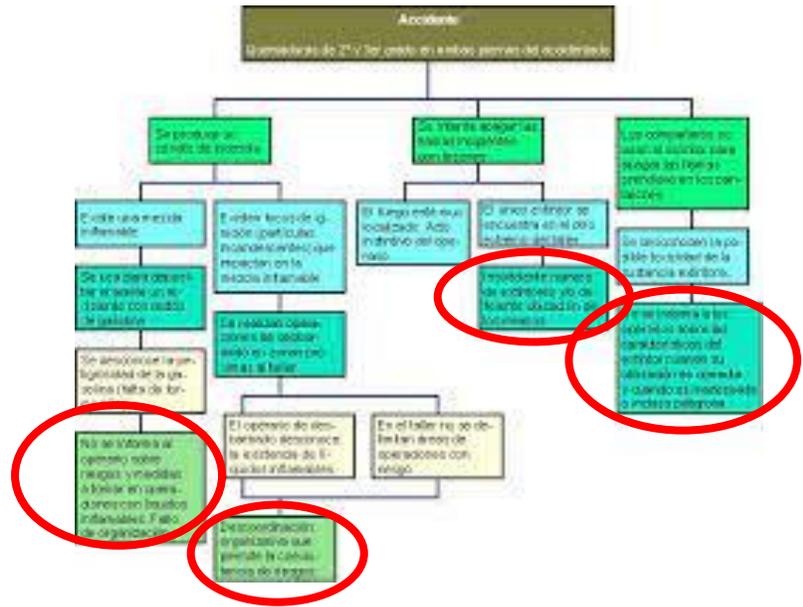
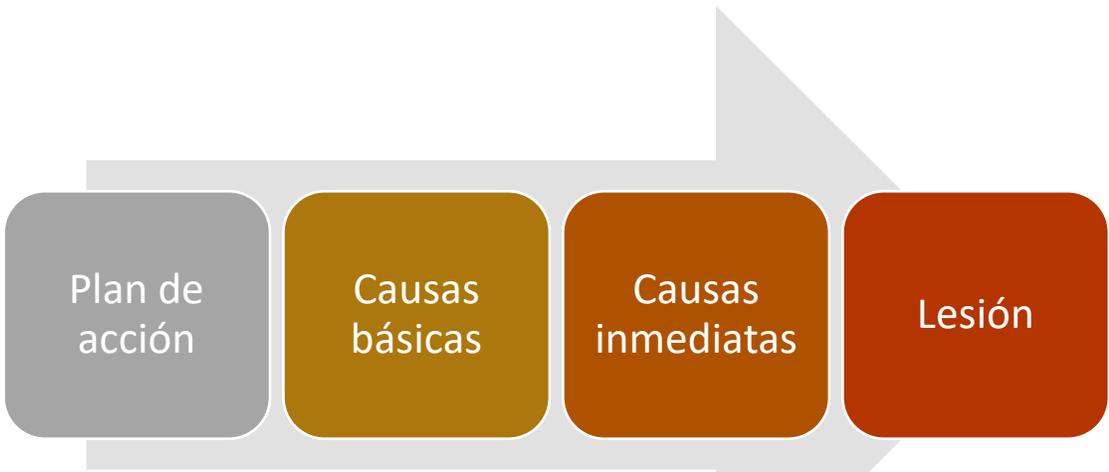
- Anual
- Cambios en el proceso
- Ocurra un accidente de trabajo mortal o evento catastrófico

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

Planes de acción



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 ★

 **Posipedia**
www.posipedia.com.co



Cursos
Virtuales



Videos



Cartillas



Juegos
Digitales



Artículos



Guías



Documentos
Técnicos



Enlaces de
interés



Audios



Mailings



Presentaciones
Técnicas



Ludo
Prevención

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



EDUCACIÓN PRESENCIAL Y
TALLERES WEB

positiva.educa@positiva.gov.co