

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACONTECIMIENTO

Proyecto : Tipo de Obra:
 Empresa: Contratista: Subcontratista:
 Acontecimiento N°: Fecha de aviso: / /

1- Información General

Tipo de acontecimiento: DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL (SS) DE SEGURIDAD OPERACIONAL (SOP) AMBIENTAL
 Fecha y hora del acontecimiento: / / hs Lugar:
 Día de semana: Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom
 Ubicación del acontecimiento: Dentro / Fuera del área del proyecto Sector: Dirección:

2- Información Específica: Ambiente / Persona / Vehículo / Equipo

Apellido y Nombre: Categoría / Especialidad:
 DNI: Fecha de nacimiento: / / Edad: Sabe leer: Si No
 Domicilio: Teléfono:
 Antigüedad en la empresa: Antigüedad en la obra:
 Experiencia en la presente disciplina: Horas trabajadas previo al acontecimiento:
 Turno: Día Noche
 Apellido y Nombre del jefe directo: Cargo del jefe directo:
 Testigos:
 Vehículo involucrado: Dominio: Licencia de conducir clase: Fecha de venc.: / /
 Factor físico involucrado: Agua Suelo Aire Flora Fauna
 Superficie afectada: Volúmen afectado: Cuantificar afectación (flora / fauna):
 Agente contaminante: Productos químicos Combustibles Aceites Efluentes Cantidad derramada:
 Bien de uso público / factor estructural afectado: Caminos Pasos Obras de arte Energía Señalamiento Vías Otros
 Longitud de tramo de vía afectado (metros): Tiempo de afectación del servicio (horas):

3- Clasificación por Tipo	4- Gravedad del Acontecimiento				5- Gravedad Potencial del Acontecimiento				
		Leve	Moderado	Grave	Fatal	Leve	Moderado	Grave	Fatal
Incidente (SS/SOP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Primeros auxilios (SS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
* Accidente operativo (SS/SOP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente no operativo (SS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Afectación a terceros (SS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vial (SS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In itinere (SS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Esta clasificación incluye también los Cuasi Accidentes de SOP

6- Atención después del Acontecimiento

Lugar de atención: Fecha y hora: / / hs
 Posee predisposición física ajena al acontecimiento que pueda relacionarse con el mismo? Si No
 Tiene relación con la tarea que efectúa el lesionado? Si No
 Tiempo estimado de ocurrida la lesión: Reciente Más de 24 hs Más de 48 hs Más de días

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACONTECIMIENTO

8- Análisis de Causas (5 por qué?)

1- Por qué?	
Respuesta 1:	
2- Por qué?	
Respuesta 2:	
3- Por qué?	
Respuesta 3:	
4- Por qué?	
Respuesta 4:	
5- Por qué?	
Respuesta 5:	

9- Causas Inmediatas

Acto Subestándar	Condición Subestándar	Factores Externos
Operar equipos sin autorización	<input type="checkbox"/> Protecciones o barreras inadecuadas	<input type="checkbox"/> Climáticos <input type="checkbox"/>
No vallar / señalar / advertir	<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal inadecuado o incorrecto	<input type="checkbox"/> Provocados por terceros <input type="checkbox"/>
Falla en asegurar adecuadamente	<input type="checkbox"/> Herramientas, equipos o materiales defectuosos	<input type="checkbox"/> <i>Fallas técnicas</i> <input type="checkbox"/>
Operar a una velocidad inadecuada	<input type="checkbox"/> Espacio limitado para moverse	<input type="checkbox"/> Otras
Hacer inoperantes los dispositivos de seguridad	<input type="checkbox"/> Superficie irregular o inadecuada para caminar	<input type="checkbox"/> Otras (nómbrelas) <input type="checkbox"/>
Usar equipo defectuoso	<input type="checkbox"/> Riesgo de incendio o explosión	
No usar adecuadamente el equipo de protección personal	<input type="checkbox"/> Orden y limpieza deficiente o lugar de trabajo desordenado	
Colocar la carga de manera incorrecta	<input type="checkbox"/> Condiciones ambientales peligrosas, gases, polvos, emanaciones metálicas, humos, vapores	
Almacenar de manera incorrecta	<input type="checkbox"/> Exposición al ruido	
Levantar objetos de manera incorrecta	<input type="checkbox"/> Exposición a radiaciones	
Adoptar una postura incorrecta para realizar la tarea	<input type="checkbox"/> Exposición a altas o bajas temperaturas	
Realizar mantenimiento de equipos en funcionamiento	<input type="checkbox"/> Iluminación inadecuada o excesiva	
Hacer bromas pesadas	<input type="checkbox"/> Ventilación inadecuada	
Manipulación de productos peligrosos de manera incorrecta	<input type="checkbox"/> Instalaciones defectuosas (recintos, cámaras, tanques)	
Trabajar bajo la influencia de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Pasivo ambiental (ej: sitios con afectaciones previas)	
Usar el equipo de manera incorrecta	<input type="checkbox"/> <i>Invasión Vehicular de Pasos a Nivel</i>	
No respetar instrucciones / procedimientos	<input type="checkbox"/> <i>Invasión de zona de vía por animales</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Obstrucción por elementos dentro de gálibo</i>	

10- Causas Subyacentes

Personales / Laborales	Ambiente de Trabajo	Gestionales / Organizacionales
Actitud	Diseño / materiales / productos	Sistema de gestión
Motivación <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ingeniería o diseño inadecuado	<input type="checkbox"/> Inadecuada comunicación <input type="checkbox"/>
Distracción <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Selección equivocada	<input type="checkbox"/> Implementación inconsistente <input type="checkbox"/>
Hábitos personales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bajo nivel de calidad	<input type="checkbox"/> Conflicto entre la política y las prácticas <input type="checkbox"/>
<i>Trasgresión a las normas</i> <input type="checkbox"/>	Maquinaria / equipos / herramientas	<input type="checkbox"/> Sistema de gestión del cambio <input type="checkbox"/>
<i>Negligencia/ Imprudencia</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inadecuado para el propósito	<input type="checkbox"/> Sistema de gestión y procedimientos de difícil implementación <input type="checkbox"/>
<i>Invasión Peatonal de Pasos a Nivel</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sin mantenimiento	<input type="checkbox"/> Falta o no revisión por la gerencia <input type="checkbox"/>
<i>Invasión Peatonal de zona de vía</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergonómicamente inapropiado	<input type="checkbox"/> Falta de proceso de mejora continua <input type="checkbox"/>
<i>Manipulación de sistemas activos (Barreras, Señales, etc)</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bajo nivel de calidad	<input type="checkbox"/> Cultura organizacional
Capacidad física	Ambiente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Compromiso gerencial <input type="checkbox"/>
Estado mental <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entorno de trabajo	<input type="checkbox"/> Liderazgo y responsabilidad <input type="checkbox"/>
Aptitud <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Instalaciones de servicios inadecuadas	<input type="checkbox"/> Liderazgo de la gerencia <input type="checkbox"/>
Fatiga <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deficiencias ambientales	<input type="checkbox"/> Proceso disciplinario inadecuado <input type="checkbox"/>
Percepción <input type="checkbox"/>	Intervención del Sistema Ferroviario	Planeamiento
Competencia	<input type="checkbox"/> <i>Infraestructura inadecuada</i>	<input type="checkbox"/> Inadecuado requerimiento de compras <input type="checkbox"/>
Combinación de habilidades, experiencia y conocimientos <input type="checkbox"/>	Comunidad	<input type="checkbox"/> Metas no realistas <input type="checkbox"/>
Percepción <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Ocupaciones informales</i>	<input type="checkbox"/> Demandas no realistas <input type="checkbox"/>
Error humano <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Actividades no autorizadas en zona de vía</i>	<input type="checkbox"/> Inadecuados recursos organizacionales <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <i>Vandalismo</i>	<input type="checkbox"/> Planeamiento inadecuado del trabajo <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <i>Manifestaciones comunitarias</i>	<input type="checkbox"/> Asignación poco clara de responsabilidades <input type="checkbox"/>
	Otras	<input type="checkbox"/> Recursos inapropiados o insuficientes <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <i>Sabotajes</i>	<input type="checkbox"/> Inadecuado o insuficiente entrenamiento <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Otras (nómbrelas)	<input type="checkbox"/> Excesiva presión de trabajo <input type="checkbox"/>
		Control y Seguimiento
		<input type="checkbox"/> Supervisión pobre <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Falta o inadecuada pre-calificación de contratistas <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Inconsistencia o falta de seguimiento organizacional <input type="checkbox"/>

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACONTECIMIENTO

11- Agente Material que produjo el Acontecimiento

Varios		Materiales		Equipos		Máquinas	
Cte. eléctrica	<input type="checkbox"/>	Caño	<input type="checkbox"/>	Grupo generador	<input type="checkbox"/>	Motoniveladora	<input type="checkbox"/>
Tóxicos	<input type="checkbox"/>	Alambre	<input type="checkbox"/>	Polea y/o engranaje	<input type="checkbox"/>	Zanjadora	<input type="checkbox"/>
Solvente, ácidos, cáusticos	<input type="checkbox"/>	Chapa	<input type="checkbox"/>	Encofrado	<input type="checkbox"/>	Topadora	<input type="checkbox"/>
Ruido	<input type="checkbox"/>	Varilla	<input type="checkbox"/>	Tubos de gas comprimido	<input type="checkbox"/>	Hormigonera / Mixer	<input type="checkbox"/>
Radiac. ionizantes	<input type="checkbox"/>	Clavo	<input type="checkbox"/>	Escalera	<input type="checkbox"/>	Pala mecánica	<input type="checkbox"/>
Radiac. de otro tipo	<input type="checkbox"/>	Madera, tablón, poste	<input type="checkbox"/>	Andamio	<input type="checkbox"/>	Excavadora	<input type="checkbox"/>
Condiciones climáticas	<input type="checkbox"/>	Piedra	<input type="checkbox"/>	Vibrador	<input type="checkbox"/>	Retroexcavadora	<input type="checkbox"/>
Piso (s) / camino / ruta	<input type="checkbox"/>	Cemento, hormigón	<input type="checkbox"/>	Compresor	<input type="checkbox"/>	Hidrogrúa	<input type="checkbox"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	Polvo, partícula, escoria, chispas	<input type="checkbox"/>			Plataforma elevadora	<input type="checkbox"/>
Combustibles	<input type="checkbox"/>	Riel	<input type="checkbox"/>			Grúa	<input type="checkbox"/>
Gases	<input type="checkbox"/>	Durmiente	<input type="checkbox"/>			Minipala cargadora	<input type="checkbox"/>
Efluentes	<input type="checkbox"/>	Eclisa / fijación	<input type="checkbox"/>				
Máquinas de Taller		Herramientas		Vehículos		Infraestructura	
Torno	<input type="checkbox"/>	Pico / pala	<input type="checkbox"/>	Tractor	<input type="checkbox"/>	Sistema de bloqueo	<input type="checkbox"/>
Fresadora	<input type="checkbox"/>	Soplete	<input type="checkbox"/>	Camión	<input type="checkbox"/>	Señalamiento	<input type="checkbox"/>
Amoladora	<input type="checkbox"/>	Sierra	<input type="checkbox"/>	Carro motoriz	<input type="checkbox"/>	ADV	<input type="checkbox"/>
Cizalla	<input type="checkbox"/>	Martillo / maza	<input type="checkbox"/>	Pick-up	<input type="checkbox"/>	Vía	<input type="checkbox"/>
Agujereadora	<input type="checkbox"/>	Tenaza / pinza	<input type="checkbox"/>	Automóvil	<input type="checkbox"/>	Cuadro de estación	<input type="checkbox"/>
Sierra Circular / Sin fin	<input type="checkbox"/>	Hacha / machete	<input type="checkbox"/>	Colectivo	<input type="checkbox"/>	Sistema de Electrificación	<input type="checkbox"/>
Tupí	<input type="checkbox"/>	Llave	<input type="checkbox"/>	Trailer/casa rodante	<input type="checkbox"/>	Sistema de Seguridad (ej: ATS)	<input type="checkbox"/>
Garlopa / cepilladora	<input type="checkbox"/>	Herramientas neumáticas	<input type="checkbox"/>	Pontón	<input type="checkbox"/>	Obra de arte (puente, terraplén, alcantarilla, etc)	<input type="checkbox"/>
		Herramientas eléctricas	<input type="checkbox"/>	Tren	<input type="checkbox"/>	Otros	
				Bicicleta	<input type="checkbox"/>	Otros: (Nómbrelos)	
				Zorra/ Dresina	<input type="checkbox"/>		
				Vagón	<input type="checkbox"/>		
				Bateadora	<input type="checkbox"/>		
				Estabilizadora	<input type="checkbox"/>		
				Locomotora	<input checked="" type="checkbox"/>		

12- Forma por la cual se produjo el Acontecimiento

Caída a distinto nivel	<input type="checkbox"/>	Exposición radiaciones ionizantes	<input type="checkbox"/>	Deslumbramiento	<input type="checkbox"/>	Movimientos no autorizados	<input type="checkbox"/>
Caída al mismo nivel	<input type="checkbox"/>	Choque de vehículos	<input type="checkbox"/>	Explosión / incendio	<input type="checkbox"/>	Estaqueo de brazo de barrera	<input type="checkbox"/>
Derrumbe	<input type="checkbox"/>	Vuelco de vehículos	<input type="checkbox"/>	Pérdida de contención de equipos / recipientes	<input type="checkbox"/>	Descoordinación en ocupación de vía	<input type="checkbox"/>
Caída de objetos	<input type="checkbox"/>	Atropellado por vehículos	<input type="checkbox"/>	Vuelco/caída de equipos/recipientes	<input type="checkbox"/>	Fallas técnicas	<input type="checkbox"/>
Pisada sobre objetos	<input type="checkbox"/>	Apretado / apesado por objetos	<input type="checkbox"/>	Descarrilamiento	<input type="checkbox"/>	Otros: (Nómbrelos)	<input type="checkbox"/>
Choque con objetos inmóviles	<input type="checkbox"/>	Sobreesfuerzos	<input type="checkbox"/>	Evento suicida en paso a nivel	<input type="checkbox"/>		
Choque con objetos móviles	<input type="checkbox"/>	Insolación o exposición al calor	<input type="checkbox"/>	Vandalismo	<input type="checkbox"/>		
Golpe por objetos	<input type="checkbox"/>	Exposición al frío	<input type="checkbox"/>	Atentados	<input type="checkbox"/>		
Cortado por objetos	<input type="checkbox"/>	Quemadura	<input type="checkbox"/>	Rebasamiento de señales	<input type="checkbox"/>		
Cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	Quemadura química	<input type="checkbox"/>	Ingreso indebido a zona precaucionada	<input type="checkbox"/>		
Inhalación / ingestión / absorción	<input type="checkbox"/>	Contacto con electricidad	<input type="checkbox"/>	Obstrucción en zona de vías	<input type="checkbox"/>		

13- Parte del cuerpo afectada

Cabeza	Tronco	Miembros Superiores	Miembros Inferiores
Boca - Mentón - Dientes	Abdomen	Dedo P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Dedo P <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Cráneo	Cintura	Antebrazo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Muslo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Cuello	Columna	Brazo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Nalga I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Frente	Espalda	Codo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Pie I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Nariz	Genitales	Hombro I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Pierna I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Nuca	Ingle	Mano I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Rodilla I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Ojo	Pelvis	Muñeca I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Tobillo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Oreja	Tórax		
Pómulo I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			

14- Naturaleza de las lesiones

Amputación	<input type="checkbox"/>	Efectos de radiaciones	<input type="checkbox"/>	Herida cortante	<input type="checkbox"/>	Quemadura	<input type="checkbox"/>
Aplastamiento	<input type="checkbox"/>	Efectos eléctricos	<input type="checkbox"/>	Herida ocular	<input type="checkbox"/>	Traumatismo superficial	<input type="checkbox"/>
Asfixia	<input type="checkbox"/>	Entorsis	<input type="checkbox"/>	Herida punzante	<input type="checkbox"/>	Otros (Nómbrelos)	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis por causas externas	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento / Intoxicación	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>		
Conmoción y Traumatismos internos	<input type="checkbox"/>	Excoriación	<input type="checkbox"/>	Lumbalgia	<input type="checkbox"/>		
Contusiones	<input type="checkbox"/>	Esguince	<input type="checkbox"/>	Luxación	<input type="checkbox"/>		
Dermatitis	<input type="checkbox"/>	Fractura	<input type="checkbox"/>	Oftalmía fotoeléctrica	<input type="checkbox"/>		
Desgarro muscular	<input type="checkbox"/>	Heladura / Insolación	<input type="checkbox"/>	Perdidas de audición	<input type="checkbox"/>		

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACONTECIMIENTO

15- Daños ocasionados

Máquinas <input type="checkbox"/>	Equipos <input type="checkbox"/>	Instalaciones <input type="checkbox"/>	Materiales <input type="checkbox"/>	Infraestructura <input type="checkbox"/>	
Agua <input type="checkbox"/>	Suelo <input type="checkbox"/>	Aire <input type="checkbox"/>	Flora <input type="checkbox"/>	Fauna <input type="checkbox"/>	Otros (nómbrelos) <input type="checkbox"/>

Daños materiales (\$):

Daños humanos: Personal ADIF Personal Contratista Personal Operadora Pasajeros Otros

16- Medidas inmediatas tomadas con el involucrado y/o área afectada

17- Riesgo evaluado previamente / Acciones Preventivas

Los Peligros que influyeron en el acontecimiento, fueron advertidos en la evaluación de riesgos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Los Aspectos Ambientales que influyeron en el acontecimiento, fueron identificados y considerados durante la evaluación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--

18- Medidas correctivas tomadas para evitar la repetición del Acontecimiento

Tipo de acción * (C / F / I)	Acciones correctivas	Responsable de ejecución	Fecha

* Tipo de acción: "C" Control ; "F" Formación ; "I" Información

19- Firmas

INSPECTOR DE OBRA ADIFSE:

Comentario:

Apellido y Nombre:	Firma:	Fecha: / /
--------------------	--------	------------

JEFE DE OBRA:

Comentario:

Apellido y Nombre:	Firma:	Fecha: / /
--------------------	--------	------------

RESPONSABLE DE SEGURIDAD:

Comentario:

Apellido y Nombre:	Firma:	Fecha: / /
--------------------	--------	------------



INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACONTECIMIENTO

20- Información adjunta relacionada con el Acontecimiento (Fotos / Documentos)

Empty area for attaching information related to the event (Photos / Documents).