



1 OBJETIVO

Establecer la guía que permita estandarizar las acciones para el reporte y seguimiento de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones de salud de los funcionarios y contratistas del COPNIA.

2 ALCANCE

El procedimiento aplica a todos los procesos, trabajadores y contratistas del COPNIA.

3 NORMATIVIDAD

Tipo	Número	Título	Fecha
Decreto	1072	Decreto único reglamentario del sector trabajo	2015

4 DEFINICIONES

ACTO INSEGURO

Se refieren a todas las acciones y decisiones humanas, que pueden causar una situación insegura o incidente, con consecuencias para el trabajador, la producción, el medio ambiente y otras personas. También el comportamiento inseguro incluye la falta de acciones para informar o corregir condiciones inseguras.

AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

Proceso mediante el cual funcionario o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo (Decreto 1072 de 2015).

CONDICIÓN INSEGURA

Circunstancias del medio o entorno laboral que podrían dar origen a la ocurrencia de un incidente (GTC 045).

CONTROLES

Estrategia orientada a disminuir la probabilidad de materialización del riesgo asegurando la continuidad de los procesos.



COPASST

Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo, organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de la empresa.

CONTROL OPERACIONAL

Operaciones y actividades asociadas con los peligros identificados, donde la implementación de los controles es necesaria para gestionar los riesgos de seguridad y salud ocupacional (OHSAS 18001:2007).

PELIGRO

Fuente, situación o acto con un potencial de causar daño en la salud de trabajadores, en los equipos o en las instalaciones (Decreto 1072 de 2015).

RIESGO

Combinación de probabilidad de que ocurran una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

Es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. (Decreto 1072 de 2015).

5 CONDICIONES GENERALES

5.1 Responsabilidades

Responsable de SST: Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo.

Realizar seguimiento de los planes de acción generados de los reportes de actos y condiciones inseguras.

Realizar seguimiento a los casos de condiciones en salud reportados.

Garantizar la divulgación de este procedimiento para el diligenciamiento del formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud, el cual, cada jefe de área confirma su entendimiento y se compromete a velar para que el personal a su cargo haga el reporte de las condiciones y actos inseguros y condiciones en salud quedando como un compromiso para facilitar y apoyar la implementación del SG SST.



COPASST: Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Funcionarios: Informar las situaciones de riesgo que se presenten y manifestar sus sugerencias para el mejoramiento de las condiciones de SST.

Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo y con los reglamentos e instrucciones estipulados por el COPNIA.

Dirección: Asignar los recursos necesarios para la gestión de planes de acción generados de la identificación de actos y condiciones inseguras.

6 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Identificar la situación a reportar.	<p>Se debe tener en cuenta que cualquier funcionario, contratista o subcontratista del COPNIA podrá tener acceso al formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud, el cual se debe dar a conocer al momento de realizar la inducción antes del inicio de labores, y así evidenciar las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.</p> <p>Inicialmente se debe determinar qué tipo de reporte quiere realizar el empleado así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de actos inseguros: Identificación de situaciones peligrosas relacionadas con la persona. • Reporte de condiciones inseguras: Identificación de situaciones peligrosas relacionadas con la persona. • Auto reporte de condiciones de salud: Informar formalmente a la empresa acerca de una sintomatología. <p>Posteriormente se debe realizar una descripción detallada del reporte.</p>	Funcionarios Contratistas	GH-fr-34 Formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud
2	Reportar Actos y Condiciones Inseguras	<p>El funcionario deberá identificar el acto o condición insegura dentro de las siguientes categorías.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normas y procedimientos. 2. Omisión del uso de protección personal disponible. 3. Manejo de emergencias / contingencias. 4. Señalización. 5. Condiciones ambientales. 	Funcionarios Contratistas	GH-fr-34 Formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud



N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
		6. Equipos y herramientas. 7. Manipulación de cargas. 8. Seguridad vial. 9. Manejo de productos químicos y materiales. 10. Condiciones de orden y aseo. 11. Manejo integral de residuos sólidos. 12. Uso y consumo de agua. 13. Uso y consumo de energía.		
2	Reportar Condiciones de Salud	<p>Este auto reporte se utiliza para informar formalmente a la entidad acerca de una sintomatología y así la entidad esté enterada de esta situación.</p> <p>Para este fin es importante que la entidad conozca la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Presenta una sintomatología específica?: No es necesario nombrar el diagnostico especifico, sin embargo si debió ser identificado por un médico.• Cual sistema se encuentra afectado por su sintomatología, el cual puede ser:<ul style="list-style-type: none">- Nervioso- Cardiovascular- Osteomuscular- Digestivo- Tegumentario- Sensorial- Respiratorio- Psicosocial• Con que periodicidad presenta la sintomatología: Constantemente, a diario, intermitente en la semana o mensualmente. Una periodicidad mayor no se considera un diagnostico relevante en los procesos de seguridad y salud en el trabajo.• ¿Cree que su sintomatología puede afectar sus actividades laborales diarias?, esto implica no poder realizar una actividad específica o realizarla pero con mayor esfuerzo o tiempo.• ¿Ha consultado a su EPS por esta sintomatología?, es importan que si cuanta con una sintomatología constante se haya	Funcionarios	GH-fr-34 Formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud



Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
		<p>informado a la EPS respectiva para iniciar el tratamiento lo más pronto posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Su EPS lo ha remitido al área de medicina laboral?, se ser así es importante informar a la empresa s se encuentra en un proceso de calificación de origen de enfermedad. 		
3	Realizar análisis y seguimiento	Cada uno de los reportes será entregado al área de Gestión Humana, quien a través del responsable del SST realizará el análisis y seguimiento de los planes de acción generados de los reportes para cada caso.	Responsable SST	


7 ANEXOS

GH-fr-34 Formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud.

8 CONTROL DE CAMBIOS

No.	Fecha	Descripción del cambio o modificación
1	Junio/17	Emisión inicial del procedimiento de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y creación del formato GH-fr-34 Formato de reporte de actos y condiciones inseguras y auto reporte de condiciones en salud.

ANA MILENA CORTÉS	GLORIA MATILDE TORRES CRUZ	MARIO ANDRES HERRERA ARÉVALO
Profesional de Gestión del área de Gestión Humana	Subdirector de Planeación, Seguimiento y control	Subdirector Administrativo y Financiero (E)
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

		FORMATO REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS Y AUTO REPORTE DE CONDICIONES EN SALUD	
I. IDENTIFICACIÓN			
Nombre quien reporta:			
Fecha Reporte:		Reporte Numero:	
Indique con una X que desea reportar:			
<input type="checkbox"/>	Acto inseguro	<input type="checkbox"/>	Condición insegura
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Auto reporte de condición en salud
II. DESCRIPCIÓN DEL ACTO Y/O CONDICIÓN O AUTO REPORTE DE CONDICIÓN EN SALUD			
III. CORRECTIVOS EMPRENDIDOS O PROPUESTOS / COMPORTAMIENTO A MEJORAR			
IV. ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS (Maque con un "X" en el cuadro respectivo según la situación reportada")			
1. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS			
2. OMISIÓN DEL USO DE PROTECCIÓN PERSONAL DISPONIBLE			
<input type="checkbox"/>	Cabeza	<input type="checkbox"/>	Auditiva
<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	Pies
<input type="checkbox"/>	Ojos	<input type="checkbox"/>	Contra caídas
<input type="checkbox"/>	Especial	<input type="checkbox"/>	Otro/Cual:
3. MANEJO DE EMERGENCIAS / CONTINGENCIAS			
<input type="checkbox"/>	Sin equipo de emergencia del área y/o incompleto		
<input type="checkbox"/>	Equipo de emergencia mal ubicado y/o mal estado		
<input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento en atención de lesionados		
<input type="checkbox"/>	Carencia en personal brigadista		
4. SEÑALIZACIÓN			
<input type="checkbox"/>	Áreas sin señalización de emergencias		
5. CONDICIONES AMBIENTALES			
<input type="checkbox"/>	Ruido excesivo		
<input type="checkbox"/>	Espacios inadecuados de circulación		
<input type="checkbox"/>	Ventilación general inadecuadas		
<input type="checkbox"/>	Iluminación deficiente		
6. EQUIPOS Y HERRAMIENTAS			
<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas inadecuadas para el trabajo o utilizadas inadecuadamente		
<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas sin protección adecuada		
<input type="checkbox"/>	Equipos/herramientas/instalaciones en mal estado		
7. MANIPULACIÓN DE CARGAS			
<input type="checkbox"/>	Levantamiento y/o transporte inadecuado		

8. SEGURIDAD VIAL	
<input type="checkbox"/>	Vehículos sin documentación o incompleta
<input type="checkbox"/>	Vehículos sin equipo de seguridad o incompleto
<input type="checkbox"/>	Vehículos en mal estado
<input type="checkbox"/>	Conductores sin documentación o incompleta
<input type="checkbox"/>	No uso de cinturón de seguridad
<input type="checkbox"/>	Desplazamiento de vehículos a velocidades no permitidas
<input type="checkbox"/>	Transporte inseguro del personal y visitantes
9. MANEJO DE ALMACENAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	Áreas de almacenamiento inadecuadas
<input type="checkbox"/>	Materiales almacenados inapropiadamente
10. CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO	
<input type="checkbox"/>	Áreas de trabajo obstaculizadas
<input type="checkbox"/>	Áreas en inadecuadas condiciones de orden y aseo
11. MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS	
<input type="checkbox"/>	Residuos solidos presentes en las áreas de trabajo
<input type="checkbox"/>	Inapropiada clasificación de residuos solidos
12. USO Y CONSUMO DE AGUA	
<input type="checkbox"/>	Hay fugas o pérdidas de agua
13. USO Y CONSUMO DE ENERGÍA	
<input type="checkbox"/>	Luces, equipos prendidos innecesariamente
<input type="checkbox"/>	Conexiones eléctricas en mal estado
14. OTROS (Indique cual)	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

V. AUTO REPORTE DE CONDICIONES EN SALUD			
Cual sistema se encuentra afectado por su sintomatología			
<input type="checkbox"/>	Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Osteomuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tegumentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sensorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psicosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta una sintomatología específica (Diagnostico emitido por medico)		SI	NO
Con que periodicidad presenta la sintomatología		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cree que su sintomatología puede afectar sus actividades laborales diarias		SI	NO
Ha consultado a su EPS por esta sintomatología		SI	NO
Su EPS lo ha remitido al área de medicina laboral		SI	NO
Fecha de recepción en SST:			
Se requirió modificación de la Matriz de Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos por este reporte: (Este espacio es diligenciado por el responsable del SSL)		SI	NO