

¿Qué pasó?

En actividades realizadas para el cierre de tapa del búnker de la válvula cheque del PK 40+420, un trabajador es impactado en el rostro a la altura de la frente por la falla de una cadena eslabonada la cual se estaba usando como elemento de sujeción entre diferencial (polipasto de cadena) unido a la tapa de la caja de inspección de la válvula de cheque. Tras el impacto recibido el trabajador sufre herida a la altura de la frente y se generan dos días de incapacidad.

¿Porque pasó?

- **Liderazgo supervisión inadecuada:** se generaron políticas, procedimientos inadecuados para el uso de equipos bajo condiciones subestándar.
- **Evaluación deficiente de necesidades y riesgos :** Los líderes de la actividad no actuaron en concordancia con las premisas de parar, pensar, repensar y actuar. No se generó un control de cambio alineado con las condiciones de riesgos. .
- **Falta de conocimiento de los equipos a utilizar –** Ejecutores y asegurar HSE desconocían que el polipasto de cadena no puede ser utilizado para el arrastre o tensión de cargas.

¿En qué podemos mejorar y construir?

- Todos los líderes, supervisores, ejecutores involucrados en la planeación y ejecución de los trabajos, deben tener claridad en aplicar los principios de la disciplina operativa, generando con rigor el aseguramiento del manejo y control del cambio.
- Implementar procedimientos y prácticas seguras sobre el manejo mecánico de cargas, respetando el cumplimiento de normas y estándares técnicos de los equipos y herramientas usadas.
- Seleccionar correctamente en la etapa de planeación, las herramientas y equipos adecuados para la realización segura de la tarea, garantizando que estos sean usados por personal idóneo.

Incidente: 18 de mayo 2022 a las 15:30 horas.
Estación / Facilidad: Línea Sur

Foto del incidente:

