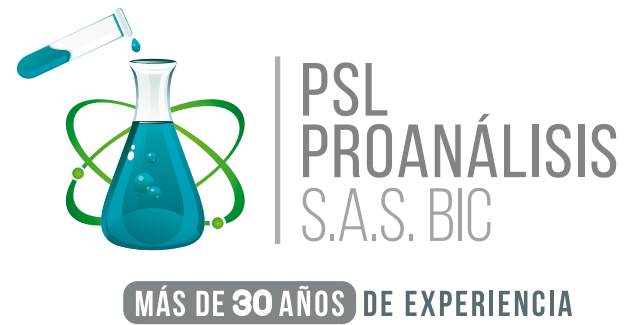


LECCIONES APRENDIDAS

F-1305 / Revisión: 2 / Fecha: 2021-04-09

Fecha: 23/05/2025
Asunto: Incidente vial



DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO VIAL:

El día Jueves 23 de mayo de 2025, siendo las 15:23, el técnico de campo ejerciendo su Rol Conductor, una vez finalizado el monitoreo de calidad del agua, se dirigía junto con su compañero de trabajo al hotel para iniciar alistamiento para el retorno a Bucaramanga, subiendo por la vía pasando la curva pronunciada a la derecha se encontraba un Pare y Siga indicando que venía un vehículo pesado, por lo cual debieron retroceder, al dejar rodar la camioneta hacia atrás está se frenó y se resbaló pasando la barrera de contención en la curva, como se muestra en el registro fotografico. Al momento de sacarla del atoramiento se presentan los daños al vehículo en el stop y en la defensa. No hubo lesionados, ni afectaciones físicas al personal.

¿Qué?: Golpe de parte trasera derecha de camioneta

¿Donde?: Curva pronunciada a la derecha entre Platanal y Rampa Sur.

¿Cómo?: Una vez finalizado el monitoreo de calidad del agua, los técnicos de campo se dirigían al hotel para iniciar alistamiento para el retorno a Bucaramanga, subiendo por la vía pasando la curva pronunciada a la derecha se encontraba un Pare y Siga indicando que venía un vehículo pesado, por lo cual debieron retroceder, al dejar rodar la camioneta hacia atrás está se frenó y se resbaló pasando la barrera de contención en la curva, como se muestra en el registro fotografico.

Al momento de sacarla del atoramiento se presentan los daños al vehículo en el stop y en la defensa. No hubo lesionados, ni afectaciones físicas al personal.



LECCIONES APRENDIDAS

F-1305 / Revisión: 2 / Fecha: 2021-04-09

Fecha: 27/05/2025

Asunto: Incidente riesgo eléctrico



PSL
PROANÁLISIS
S.A.S. BIC

MÁS DE 30 AÑOS DE EXPERIENCIA

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

En las instalaciones del cliente es SAINT - AUBIN international SAS, ubicada en Cimitarra Santander, vereda la Verde, se instaló en el área de tanques del CPF, una estación para monitoreo de calidad del aire, Cerca de las 9:30 am se realizo cambio de filtros y registro de datos, sin ninguna novedad, en horas de la tarde se presentaron lluvias fuertes, en horas de la noche mientras se realizaba monitoreo de Ruido se realiza nuevamente inspeccion de los equipos, sin ninguna novedad.

Siendo las 5:20 am se nos reporta por parte del supervisor y el área ambiental que el equipo shelter presentaba humo dentro del mismo por lo cual procedieron a desconectar los equipos sobre las 3:00 am.

A las 9 am se realiza el acercamiento por parte del personal de Psl para la revisión y se encuentra que posiblemente las conexiones eléctricas pudieron ocasionar un corto.

Se observan quemadas, la extensión eléctrica principal, una te eléctrica, una regleta, mangueras de analizadores automáticos, cables de poder de analizadores automáticos, paredes y techo del shelter y cable de poder del aire acondicionado.

Dentro de las hipótesis se pudo presentar la falla en la conexión eléctrica de la te a la extensión principal, de la regleta a la te, de los cables de poder de analizadores a la regleta, del aire acondicionado a la extensión principal, del equipo de medición PM .2.5 a la te.

Otra hipótesis puede ser las altas temperaturas dentro del shelter por posible falla del aire acondicionado.

ANÁLISIS DE CAUSAS:

¿Por qué se presentó el corto en la estación de calidad del aire? Se identifica una posible falla de la regleta.

¿Por qué pudo fallar la regleta? Por fatiga de sus componentes, ya que el evento se presenta el último día de monitoreo. También pudo haberse ocasionado por las fuertes precipitaciones que se presentaron durante las horas de la tarde ya que pudo haber entrado agua a la regleta que ocasionará el corto.

CAUSAS INMEDIATAS:

CONDICIONES INSEGURAS

- Falla de la regleta (fatiga de sus componentes)

CAUSAS BÁSICAS:

FACTORES DEL TRABAJO

- Las precipitaciones fuertes pudieron haber entrado agua a la regleta ocasionando el corto.

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS DESARROLLADAS POR LA EMPRESA PREVIAS A LA OCURRENCIA DEL EVENTO:

- Mantenimiento de equipo, revisión de extensiones, cambio de componentes en mal estado.
- Pruebas de funcionamiento de los equipos antes de salir a muestreo.
- Capacitacion en conexión, manejo y uso adecuado de los equipos.

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS PROPUESTAS PARA INTERVENIR LAS CAUSAS DEL EVENTO

- Capacitación y refuerzo en riesgo eléctrico y conexiones eléctricas.
- Implementar Inspección diaria de las conexiones electricas en el área de trabajo.
- Implementación de uso de extintores y kit de derrames por estación de calidad de aire instalada.
- Revisar la hermeticidad del Shelter en caso de lluvias
- Complementar causas y controles de Riesgo electrico dentro de la matriz de identificación de controles de riesgos

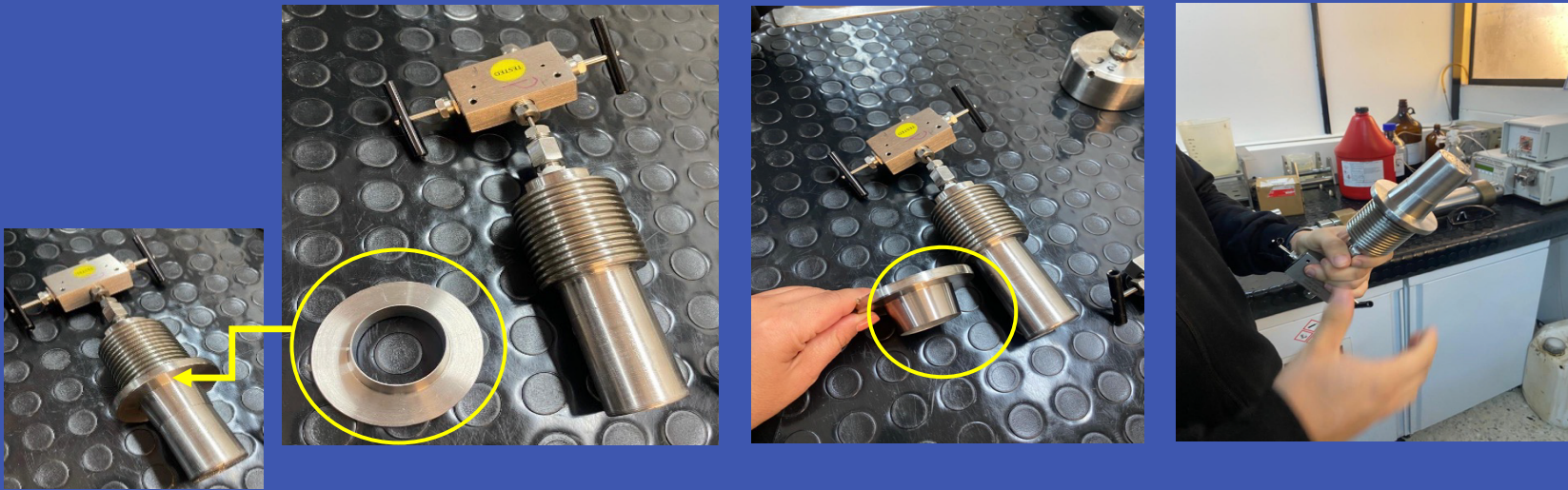
LECCIONES APRENDIDAS

F-1305 / Revisión: 2 / Fecha: 2021-04-09

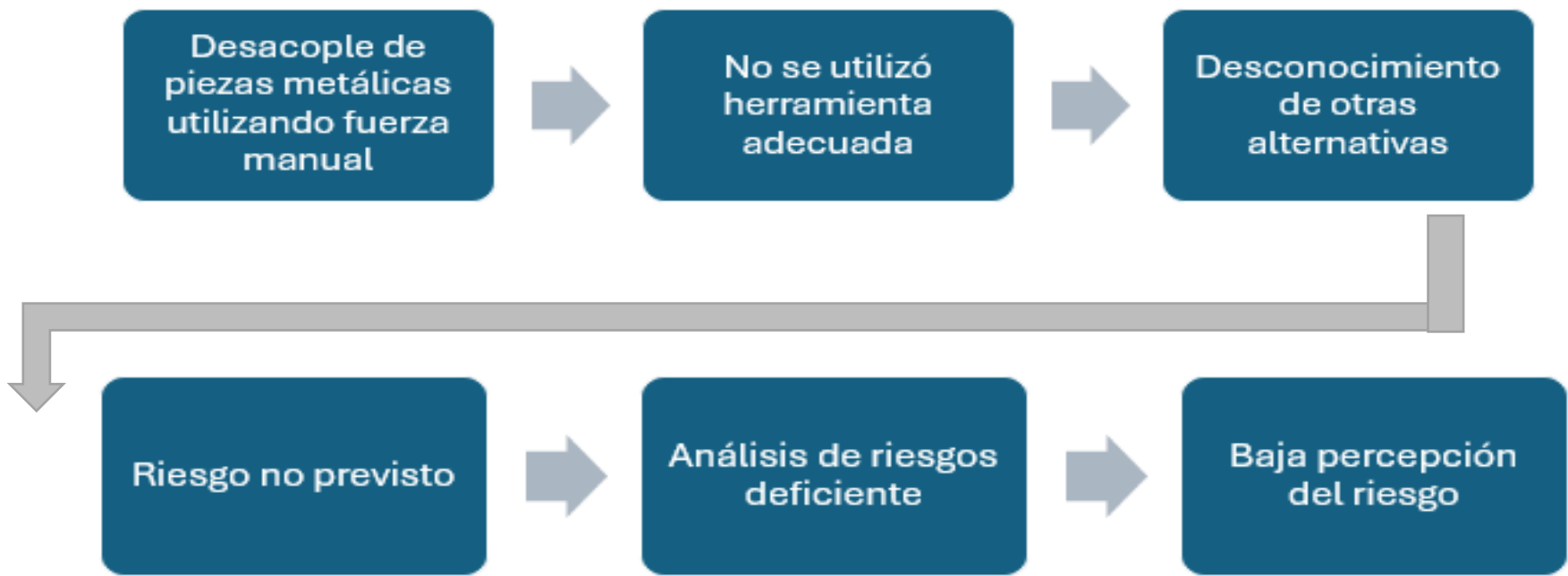
Fecha: 31/07/2025
Asunto: Accidente montaje core holder

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

El 31 de julio de 2025, a las 8:30 am durante la preparación para el montaje del core holder para muestras de roca, fue necesario retirar un cono metálico que se encontraba ajustado. El analista aplicó fuerza manual para separar las piezas metálicas, lo que provocó que el cono golpeará en el labio a una compañera que se encontraba cerca del área de trabajo. Se brindaron primeros auxilios.



ANÁLISIS DE CAUSAS:



CAUSAS INMEDIATAS:

ACTOS INSEGUROS

- **Error humano no intencional**
Error humano no intencional. Acercarse al trabajador que se encontraba desacoplando las piezas metálicas sin considerar el riesgo de lesión
- No se evaluaron diferentes alternativas para desacoplar las piezas metálicas que se encontraban ajustadas
- No se hizo un análisis de riesgos asociados al desacople de las piezas utilizando fuerza manual

CONDICIONES INSEGURAS

- **Peligros mecánicos.**
Por la posible proyección de la pieza metálica al ejercer fuerza manual

CAUSAS BÁSICAS:

- **26.3 Los análisis de riesgos son deficientes o inexistentes**
No se consideró el riesgo potencial de lesiones al desacoplar piezas metálicas mediante la aplicación de fuerza manual
- **23.2 Calidad o Desarrollo de MGP no efectivo.**
El instructivo no contempla como armar y desacoplar las piezas del coreholder (en especial cuando se presente situación de ajuste de piezas metálicas)

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS PROPUESTAS PARA INTERVENIR LAS CAUSAS DEL EVENTO

- Realizar propuesta de alternativas para el desacople seguro de piezas metálicas cuando se presenta ajuste
- Realizar análisis de riesgos para la actividad de montaje y desmontaje de core holder
- Actualizar el instructivo CTI-I-377 Instructivo Operacional para el Equipo Coreflooding 7 incluyendo la forma segura de armar y desacoplar las piezas metálicas del core holder
- Realizar campaña de prevención por exposición a riesgos y línea de peligro en las áreas dentro de laboratorio
- Reforzar socialización de cadena de llamado en caso de eventos
- ¿Esta es la mejor forma de ejecutar la actividad? Ó puedo realizarla utilizando alguna herramienta u otra alternativa?

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS DESARROLLADAS POR LA EMPRESA PREVIAS A LA OCURRENCIA DEL EVENTO:

- Desarrollo de entrenamiento y evaluación del personal encargado de la actividad. instructivo CTI-I-377 Instructivo Operacional para el Equipo Coreflooding 7
- Realización de inducción HSE

LECCIONES APRENDIDAS



F-1305 / Revisión: 2 / Fecha: 2021-04-09

Fecha: 09/09/2025
Asunto: Incidente Riesgo eléctrico

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

Siendo las 09:54 am el auxiliar de mantenimiento ingresa al laboratorio de suelos para realizar mantenimiento de baño de enfriamiento, observando que el destilador de agua se quedó sin suministro de agua para realizar la destilación ocasionando que la resistencia de calentamiento no tenga el medio para bajar la temperatura. Al no tener el medio (agua) la resistencia no tiene control de su temperatura colocandose al rojo vivo. Pudiendo ocasionar un incendio o explosión del equipo.

ANÁLISIS DE CAUSAS:

Falla en la presión del agua Descuido del personal en la operación del equipo que se estaba vigilando cada media hora. Al no tener el medio (agua) la resistencia no tiene control de su temperatura colocandose al rojo vivo

CAUSAS INMEDIATAS:

ACTOS INSEGUROS

- Dejar solo el equipo conociendo la falla que se tenía en relación con el suministro constante del agua.

CONDICIONES INSEGURAS

- Falta de presión del agua de manera constante

CAUSAS BÁSICAS:

FACTORES PERSONALES

- Falta de supervisión a la tarea por periodos mas cortos

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS DESARROLLADAS POR LA EMPRESA PREVIAS A LA OCURRENCIA DEL EVENTO:

- Requisiciones a la empresa del acueducto para mejorar el flujo y presión constante del agua.
- Traslado del equipo a un área donde pudiera ser supervisado
- Socialización de razones del traslado del equipo y de la necesidad de la supervisión del equipo.

LECCIONES APRENDIDAS:

MEDIDAS PROPUESTAS PARA INTERVENIR LAS CAUSAS DEL EVENTO

- Investigación del incidente
- Socialización de la lección aprendida
- Revisar el equipo para evaluar los daños
- Requerir nuevamente al acueducto solución frente a el flujo y presión constante del agua dentro de la empresa.