|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hora: | | | | | | | | | | | Sede: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de la Investigación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo /función: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Accidente | | | | | | | | | | | | | | | | | Incidente | | | | | | | |
| Leve | | | | | | | | | | | Grave | | | | | | | | Mortal | | | | | |
| Material Audiovisual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO QUE SUFRIÓ EL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de Vinculación** | | | | | Carrera | | | | | | | | | | Planta provisional | | | | | | | | | | Contratista | | | | | | | | | | | | Aprendiz | | | | | Independiente | | | | | | | | | | | | Libre nombramiento. | | | | |
| Primer apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: DD/MM/AA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sexo: | | | Hombre | | | | | | | | | | | | Mujer | | | | | Intersexual | | | | | | | | | | Prefiero no decirlo | | | | | | |
| ARL | | | | | | | | | | | | | | | Fondo de pensiones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EPS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipio: | | | | | | | | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | | | | | | Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Salario u honorarios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación habitual | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de ingreso: DD/MM/AA | | | | | | | | | | | | | | | | | Jornada Laboral | | | | | | | | Diurna | | | | | | | | | | | | Nocturna | | | | | | Mixto | | | | | | | | | | | Turnos | | | | |
| El trabajador recibió atención oportuna en primeros auxilios: Si □ No □ ¿Por qué? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jornada | | | | | | Normal | |
| LU  □ | | MA  □ | | | MI  □ | | | | | JU  □ | | | | | | | VI  □ | | | | SA  □ | | | | DO  □ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extra | |
| Estaba realizando la labor habitual | | | | | | | | Si □ | | | | | | | | | Si su respuesta es no. ¿Cuál labor desarrollaba?: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No □ | | | | | | | | |
| Causó la muerte del funcionario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA: DD/MM/AA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No □ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de ocurrencia | | | | | | | | | | | | | | | | | Dentro de la Entidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Indique el sitio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuera de la Entidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de accidente o incidente | | | | | | | Violencia  □ | | | | | | | | | | | | | | Tránsito  □ | | | | | | | | | | | | Deportivo  □ | | | | | | | | | | Recreativo  □ | | | | | | | | | | Propios del trabajo  □ | | | | |
| Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Zona: Rural □ Urbana □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo laborado previo al accidente: HH/ MM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | IPS que atendió el accidentado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar exacto adonde surgió el accidente:  Dentro de la empresa □ Fuera de la empresa □ Otra empresa □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sitio exacto adonde ocurrió el accidente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente? | | | | | | | | | | | | Si □ | | | | | | | | | | ¿El evento similar fue investigado? | | | | | | | | | | | | | | Si □ | | | | | | ¿Se han presentado otros incidentes o AT en el área de trabajo? | | | | | | | | | | | | | | | Si □ |
| No □ | | | | | | | | | | No □ | | | | | | No □ |
| ¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el panorama de riesgos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si □ | | | | | | | | ¿Se cuenta con panorama de riesgos actualizado? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si □ |
| No □ | | | | | | | | No □ |
| ¿El trabajador ha estado involucrado en otros AT o incidentes anteriores? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si □ | | | | | | | | Número de personas que presenciaron el incidente o accidente: \_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No □ | | | | | | | |
| Describa de forma detallada como ocurrió el accidente o incidente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Material: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marca: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modelo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Referencia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Peso | | | | | | | | | | |
| Tamaño | | | | | | | | | | |
| Velocidad: | | | | | | | | | Tiempo de uso: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mantenimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | Temperatura: | | | | | | | | | | |
| Detalles adicionales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El trabajar necesita EPP? Si □ No □ ¿El trabajador estaba utilizando adecuadamente los EPP? Si □ No □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE (No aplica para incidentes)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de lesión | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parte del cuerpo afectada | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agente del accidente | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mecanismo o fuente del accidente | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ANÁLISIS DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAUSAS DIRECTAS O INMEDIATAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CAUSAS INDIRECTAS O BÁSICAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones inseguras o subestándar | | | | | | | | | | Actos inseguros o subestándar | | | | | | | | | | | | | | | | | | Factores de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Factores personales | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **ANÁLISIS Y OBSERVACIONES DEL EQUIPO INVESTIGADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **PARTICIPANTES DEL EQUIPO INVESTIGADOR DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jefe Inmediato / Supervisor de contrato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador # 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador # 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador # 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador # 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de documento | | | | | | | | |  | | | | | | | Número de documento | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Licencia SG SST: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANÁLISIS ESPECIALIZADO (Es obligatorio para accidentes mortales y graves)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CC: | | | | | | | | | | | | | | |
| Licencia en SG SST: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones del especialista: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS Y SEGUIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **EN LA FUENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **EN EL MEDIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | **EN EL TRABAJADOR** | | | | | | | | |
| Plan de Acción | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Responsable | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Fecha de realización | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Fecha de verificación | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Efectividad de la acción | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ajustes – observaciones | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Responsable de la verificación | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **TESTIGOS DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TESTIGO 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Declaración*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL TESTIGO 1: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TESTIGO 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Segundo nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaración** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL TESTIGO 2: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **RESPONSABLE DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | |
| Primer apellido: | | | | Segundo apellido: | |
| Primer nombre: | | | | Segundo nombre: | |
| Tipo de identificación | | | | Número de identificación: | |
| Cargo: |  | | | | |
| FIRMA: | | | | | |
| 1. **REMISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | |
| Fecha de envío ARL por parte de la empresa | | | | | dd/mm/aaaa |
| Fecha de envió recomendaciones ARL a la Entidad | | | | | dd/mm/aaaa |
| Envió DTT al MINISTERIO por parte de la ARL | | | | | dd/mm/aaaa |
| **LUGAR – FECHA – HORA INVESTIGACIÓN ACCIDENTE O INCIDENTE** | | | | | |
| Fecha: | | Hora: | Lugar: | | |