|  |
| --- |
| 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:  |