	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	CODIGO:	SGSST-FO-14
	<b>FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO</b>	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

INCIDENTE: ☐

ACCIDENTE: LEVE ☐ GRAVE ☐  
SEVERO ☐ MORTAL ☐


EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL PORVENIR			CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

#### I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:	(1) EMPLEADOR <input type="checkbox"/>	(2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/>	(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>
<b>SEDE PRINCIPAL</b>			CODIGO
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA:			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO 607 6324600	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR:			CODIGO
¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DEL CENTRO PRINCIPAL?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			CÓDIGO
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	

#### II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN (1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISION <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>			CÓDIGO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. 91250972		FECHA DE NACIMIENTO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	CARGO
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	
JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>			

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SGSST-FO-14
	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE			HORA DEL ACCIDENTE		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE										JORNADA EN QUE SUCEDE						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LU	<input type="text"/>	MA	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>	JU	<input type="text"/>	VI	<input type="text"/>	SA	<input type="text"/>	D O	<input type="text"/>	(1) NORMAL <input type="text"/>	(2) EXTRA <input type="text"/>	
ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>			DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO CUAL:					CÓDIGO			TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE <input type="text"/>										
TIPO DE ACCIDENTE																					
(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>																					
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>					FECHA DE LA MUERTE			DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE					MUNICIPIO DEL ACCIDENTE								
					DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>			SANTANDER					GIRÓN								
ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:										LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:											
U <input type="text"/> R <input type="text"/>										(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/>											

INDIQUE CUAL SITIO:

<input type="checkbox"/> (1) ALMACENES O DEPÓSITOS	<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS
<input type="checkbox"/> (2) AREAS DE PRODUCCIÓN	<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS	<input type="checkbox"/> (8) OTRAS AREAS COMUNES
<input type="checkbox"/> (3) AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O AREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	<input type="checkbox"/> (9) OTRO; _____


DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:

TIPO DE LESIÓN:

<input type="checkbox"/> (10) FRACTURA	<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA.
<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	<input type="checkbox"/> (41) HERIDA ABIERTA
<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	<input type="checkbox"/> (61) QUEMADURA CALÓRICA
<input type="checkbox"/> (62) QUEMADURA QUÍMICA	<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA.	<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE.
<input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA	<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES	<input type="checkbox"/> (99) OTRO. Especifique _____	

PORTE DEL CUERPO AFECTADA

<input type="checkbox"/> (1.1) REGIÓN CRANEANA	<input type="checkbox"/> (1.2) OJO	<input type="checkbox"/> (1.3) OREJA
<input type="checkbox"/> (1.4) BOCA (Labios, dientes, lengua)	<input type="checkbox"/> (1.5) NARIZ	<input type="checkbox"/> (1.6) CARA (no clasificado en otros)
<input type="checkbox"/> (1.8) CABEZA (Ubicaciones múltiples)	<input type="checkbox"/> (1.9) CABEZA (Ubicación no precisada)	<input type="checkbox"/> (2) CUELLO
<input type="checkbox"/> (3.1) ESPALDA	<input type="checkbox"/> (3.2) TÓRAX	<input type="checkbox"/> (3.3) ABDOMEN

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	CODIGO:	SGSST-FO-14
	<b>FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO</b>	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025


<input type="checkbox"/> (3.4) PELVIS	<input type="checkbox"/> (3.8) TRONCO (Ubicaciones múltiples)	<input type="checkbox"/> (3.9) TRONCO (Ubicación no precisada)
<input type="checkbox"/> (4.1) HOMBRO	<input type="checkbox"/> (4.2) BRAZO	<input type="checkbox"/> (4.3) CODO
<input type="checkbox"/> (4.4) ANTEBRAZO	<input type="checkbox"/> (4.5) MUÑECA	<input type="checkbox"/> (4.6) MANO
<input type="checkbox"/> (4.7) DEDOS	<input type="checkbox"/> (4.8) MIEMBRO SUPERIOR Ubicaciones múltiples	<input type="checkbox"/> (4.9) MIEMBRO SUPERIOR Ubicación no precisada
<input type="checkbox"/> (5.1) CADERA	<input type="checkbox"/> (5.2) MUSLO	<input type="checkbox"/> (5.3) RODILLA
<input type="checkbox"/> (5.4) PIERNA	<input type="checkbox"/> (5.5) TOBILLO	<input type="checkbox"/> (5.6) PIE
<input type="checkbox"/> (5.7) DEDOS DE LOS PIES	<input type="checkbox"/> (5.8) MIEMBRO INFERIOR Ubicaciones múltiples	<input type="checkbox"/> (5.9) MIEMBRO INFERIOR Ubicación no precisada
<input type="checkbox"/> (6.1) CABEZA Y TRONCO, CABEZA Y UNO O VARIOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> (6.2) TRONCO Y UNO O VARIOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> (6.3) UN MIEMBRO SUPERIOR Y UN MIEMBRO INFERIOR O MÁS DE DOS MIEMBROS
<input type="checkbox"/> (6.8) OTRAS UBICACIONES MÚLTIPLES	<input type="checkbox"/> (6.9) UBICACIONES MÚLTIPLES NO PRECISADA	
<input type="checkbox"/> (7.1) APARATO CIRCULATORIO GENERAL.	<input type="checkbox"/> (7.2) APARATO RESPIRATORIO GENERAL	<input type="checkbox"/> (7.3) APARATO DIGESTIVO GENERAL
<input type="checkbox"/> (7.4) SISTEMA NERVIOSO GENERAL	<input type="checkbox"/> (7.8) OTRAS LESIONES GENERALES	<input type="checkbox"/> (7.9) LESIONES GENERALES NO PRECISADAS

**AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)**

<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS	<input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> (3) APARATOS
<input type="checkbox"/> (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> (4.4) RADIACIONES
<input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, <b>tejados</b> , en el exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		

**MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:**

<input type="checkbox"/> (1.1) CAIDAS DE ALTURA O EN PROFUNDIDADES	<input type="checkbox"/> (1.2) CAIDAS DE PERSONAS AL MISMO NIVEL	<input type="checkbox"/> (2.1) DERRUMBE
<input type="checkbox"/> (2.2) DESPLOME	<input type="checkbox"/> (2.3) CAÍDAS DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> (2.4) OTRAS CAÍDAS DE OBJETOS
<input type="checkbox"/> (3.1) PISADAS SOBRE OBJETOS	<input type="checkbox"/> (3.2) CHOQUES CONTRA OBJETOS INMÓVILES	<input type="checkbox"/> (3.3) CHOQUE CONTRA OBJETOS MÓVILES
<input type="checkbox"/> (3.4) GOLPES POR OBJETOS MÓVILES	<input type="checkbox"/> (4.1) ATRAPAMIENTO POR UN OBJETO	<input type="checkbox"/> (4.2) ATRAPAMIENTO ENTRE UN OBJETO INMÓVIL Y UN OBJETO MÓVIL
<input type="checkbox"/> (4.3) ATRAPAMIENTO ENTRE DOS OBJETOS MÓVILES	<input type="checkbox"/> (5.1) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL LEVANTAR OBJETOS	<input type="checkbox"/> (5.2) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL EMPUJAR OBJETOS O TIRAR DE ELLOS
<input type="checkbox"/> (5.3) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL MANEJAR O LANZAR OBJETOS	<input type="checkbox"/> (5.4) FALSOS MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/> (6.1) EXPOSICIÓN AL CALOR
<input type="checkbox"/> (6.2) EXPOSICIÓN AL FRIO	<input type="checkbox"/> (6.3) CONTACTO CON SUSTANCIAS U OBJETOS ARDIENTES	<input type="checkbox"/> (6.4) CONTACTO CON SUSTANCIAS U OBJETOS MUY FRÍOS
<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON LA CORRIENTE ELÉCTRICA	<input type="checkbox"/> (8.1) INHALACIÓN, INGESTIÓN O ABSORCIÓN DE SUSTANCIAS NOCIVAS	<input type="checkbox"/> (8.2) EXPOSICIÓN POR RADIACIONES IONIZANTES

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SGSST-FO-14
	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

☐ (8.3) EXPOSICIÓN A OTRAS RADIACIONES

☐ (9.1) OTRAS FORMAS DE ACCIDENTES NO CLASIFICADAS

☐ (9.2) NO CLASIFICADO POR FALTA DE DATOS


IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO:

DATOS COMPLEMENTARIOS:  
DIAGRAMAS, DIBUJOS O FOTOGRAFÍAS


VERSIÓN TRABAJADOR ACCIDENTADO: (Anexo)

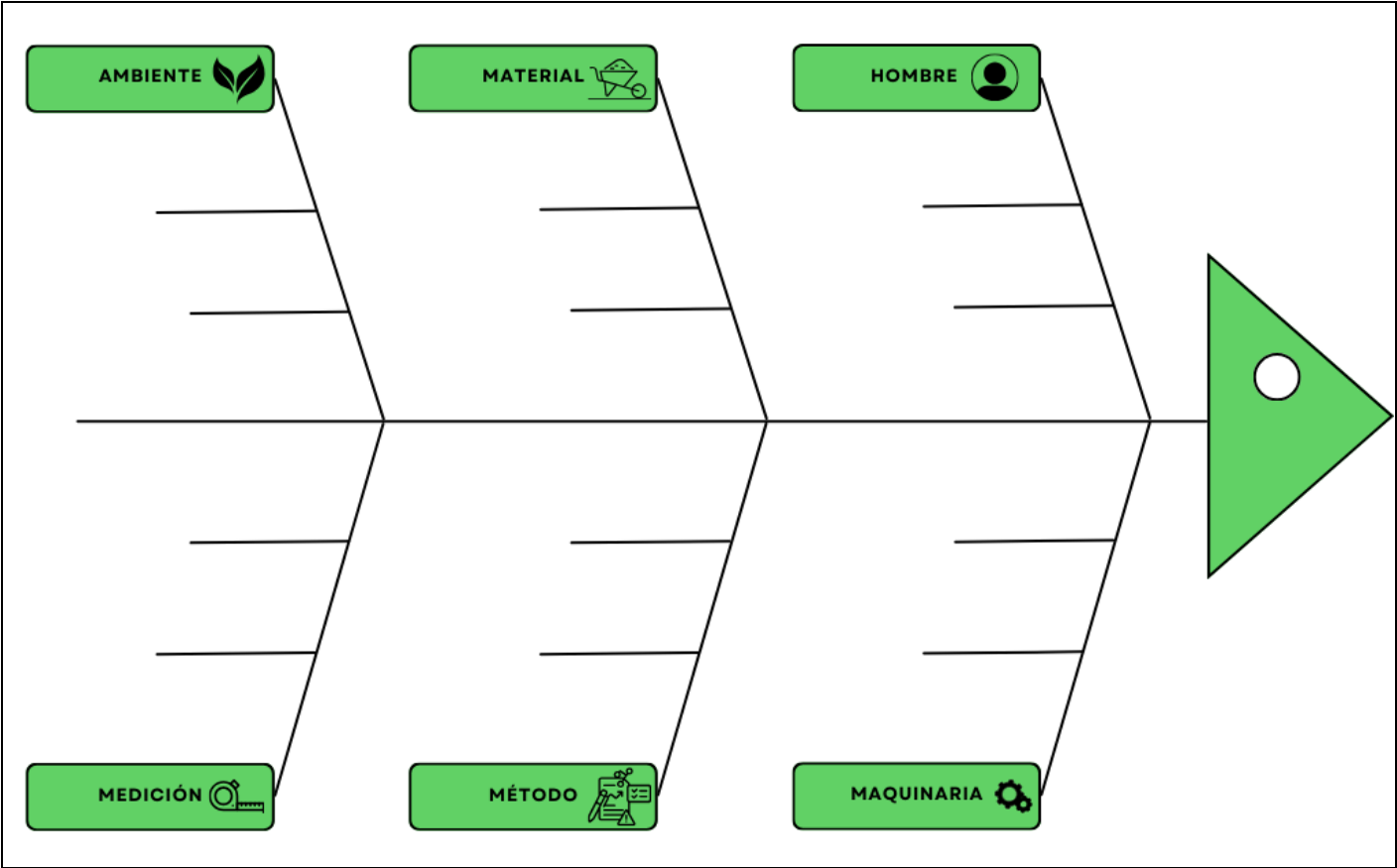
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	CODIGO:	SGSST-FO-14
	<b>FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO</b>	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025


¿Hubo personas que presenciaron el accidente? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, diligenciar la siguiente información y anexar las versiones:

APELLIDOS Y NOMBRES:		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
CARGO	FIRMA	CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> UN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.	
Versión del testigo:			

V. ANALISIS DE CAUSAS



DETERMINACION CAUSAS BASICAS		DETERMINACION CAUSAS INMEDIATAS	
Factores Personales	Factores del trabajo	Condiciones subestándares	Actos subestándares

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SGSST-FO-14
	FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

--	--	--	--

VI. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

Recomendación	Aplica en			Implementación		Verificación		
	F	M	T	Fecha	Responsable	Fecha	Efectividad	Responsable


VII. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
DIRECCIÓN:	FECHA: HORA:

EQUIPO INVESTIGADOR

NOMBRE	CARGO		DOCUMENTO IDENTIDAD		FIRMA
	EN LA EMPRESA	EN EL SG-SST	TIPO*	NÚMERO	

\* CC: Cédula de ciudadanía; TI: Tarjeta e identidad; CE: Cédula de extranjería; NU: Nui; PA: Pasaporte

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	CODIGO:	SGSST-FO-14
	<b>FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO</b>	VERSION:	01
		FECHA:	Mayo 2025

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Doc. identidad    Tipo:\*    CC    Número \_\_\_\_\_  
Licencia S.O. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Doc. Identidad    Tipo:\*    CC    Número \_\_\_\_\_

\* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

**FECHAS DE REMISIÓN**

Envío de la investigación de la Empresa a la ARL	
Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa	
Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo	