

FORMATO INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ CENTRO DE NIT: _____
 ACTIVIDAD ECONÓMICA : _____ DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____ FAX N°: _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

DATOS DEL ACCIDENTADO

APELLIDOS: NOMBRE: SEXO: _____
 IDENTIFICACIÓN: CEDULA N° TELÉFONO: CELULAR: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA DIRECCION DE RESIDENCIA: _____ DD MM AAAA
 OCUPACION: FECHA DE INGRESO A LA COMPAÑÍA: _____
 TIEMPO EN EL CARGO: TIEMPO TOTAL EMPRESA : EPS: ARL: _____
 HORAS DE TRABAJO TRANSCURRIDAS ANTES DEL ACCIDENTE LABOR QUE ESTABA DESARROLLANDO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE _____

TAREAS PROPIAS DEL CARGO

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: DD MM AAAA HORA: SECCION: _____
 AREA O PROCESO: _____ HORARIO DE TURNO DE TRABAJO: _____
 LUGAR DONDE OCURRIÓ O ACCIDENTE : Dentro: _____ Fuera de la empresa: TRANSPORTE POR MEDIO DE LA EMPRESA: SI NO

DÍAS PERDIDOS POR EL EVENTO: _____ PRORROGA IINCAP _____
 PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DEL EVENTO: FRECUENTE OCASIONAL RARO

SITIO DE OCURRENCIA:

ALMACÉN Y DEPOSITO AREA DE PRODUCCION AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ESCALERAS _____
 PARQUEADEROS O AREA DE _____ OFICINAS _____ CORREDORES OPASILLOS _____ OTROS _____

TIPO DE ACCIDENTE

FACTRURA _____ HERIDA _____ TRAUMA SUPERFICIAL LESION _____ QUEMADURAS _____
 LUXACION AMPUTACION GOLPE O CONTUSIO INCIDENTE _____
 CONMOCION O TRAUMA INETRNO ESGUINSE O TORCEDURA LESIONES MULTIPLES _____ OTROS? _____

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

CABEZA _____ ESPALDA Y _____ CAD ERA _____ MANOS _____

EXTRE

MIDADES
SUPERIRE

S

ABDOMEN Y TORAX

OJO

CUELLO

PIES

EXTREMIDADES INFERIORES

OTROS

AGENTE CON QUE SE LESIONO		MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE							
MAQUINAS Y EQUIPOS	<input type="checkbox"/>	AMBIENTES DE TRABAJO (MUEBLES, SUPERFICIES)	<input type="checkbox"/>	CAÍDA DE PERSONA	<input type="checkbox"/>	GOLPEADO POR ALGO	<input type="checkbox"/>	GOLPEADO CONTRA ALGO	<input type="checkbox"/>
MEDIOS DE TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	CAJAS O OBJETOS	<input type="checkbox"/>	CAÍDA DE OBJETOS	<input type="checkbox"/>	ATRAPAMIENTO	<input type="checkbox"/>	ATROPELLADO POR	<input type="checkbox"/>
HERRAMIENTA IMPLEMENTO	<input type="checkbox"/>	CARGA DE OBJETOS PESADOS	<input type="checkbox"/>	PISADAS CHOQUES O GOLPES	<input type="checkbox"/>	CONTACTO CON OBJETOS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	SOBRE REFUERZO, O FALSO MOVIMIENTO	<input type="checkbox"/>	CONTACTO CON ELECTRICIDAD	<input type="checkbox"/>		

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO O INVOLUCRADO

NOMBRE :

FIRMA :

DESCRIPCIÓN DEL TESTIGO

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

SI

NO

EN CASO AFIRMATIVO DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOMBRE :

FIRMA :

DESCRIPCIÓN Y HALLAZGOS ENCONTRADOS (INVESTIGADORES DEL ACCIDENTE):

NOMBRE :

FIRMA :

EVIDENCIAS FOTOGRAFÍAS, PLANOS O ESQUEMAS DEL ACCIDENTE

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the majority of the page below the header. It is intended for the user to provide photographic evidence, plans, or diagrams related to an accident.

CONSTRUCCIÓN ÁRBOL DE CAUSALIDAD

FACTOR PERSONAL - CAUSAS BASICAS

Corresponden a las razones por las cuales se presentaron las causas. Inmediatas. Es la justificación por la cual No se adoptaron las medidas necesarias para evitar el accidente.

ACTOS INSEGUROS (O SUBESTANDAR) CAUSAS INMEDIATAS

Son las circunstancias que se presentan justo antes del contacto, que genera la lesión. Es la razón por la cual se presento el accidente.

EVENTO

Ocurrencia del hecho

PERDIDA

Puede generar un accidente. Y se clasifican en Humanas, materiales, al ambiente o a los Equipos

FACTOR DE TRABAJO - CAUSAS BASICAS

Corresponden a las razones por las cuales se presentaron las causas. Inmediatas. Es la justificación por la cual no se adoptaron las medidas necesarias para evitar el accidente.

CONDICIONES INSEGURA (O SUBESTÁNDAR) CAUSAS INMEDIATAS

Son las circunstancias que se presentan justamente antes del contacto.



CÓDIGO	CAUSAS INMEDIATAS

CÓDIGO	CAUSAS BÁSICAS

MEDIDAS DE PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DESARROLLADAS POR LA EMPRESA PREVIAS A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

FUENTE	MEDIO	MÉTODO	TRABAJADOR	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA

PLAN DE ACCIÓN MEDIDAS DE PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL PROPUESTAS POR LA EMPRESA

FUENTE	MEDIO	MÉTODO	TRABAJADOR	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA

Fecha de verificación: DÍA: MES: AÑO: Responsable: Vigia

SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD DESARROLLADA % DE CUMPLIMIENTO

FUENTE	MEDIO	MÉTODO	TRABAJADOR	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	RESPONSABLE	FECHA

Fecha de verificación: DÍA: MES: AÑO: Responsable: Vigia

SEGUIMIENTO A LA ACTIVIDAD DESARROLLADA % DE CUMPLIMIENTO

%	ACTIVIDAD EJECUTADA	FALTANTE	RESPONSABLE	FECHA

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN:

REALIZADO POR: COMITÉ INVESTIGADOR

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARGO	LICENCIA		COPASO	
		SI	NO	SI	NO
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	
	O: CARGO			X	

O:

X

DATOS DEL PROFESIONAL CON LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL

Si el accidente se considera grave (Resolución 1401 de 2007, Capítulo I, Artículo 3.)

NOMBRE Y APELLIDOS:	<input type="text"/>	LICENCIA NUMERO	<input type="text"/>
CARGO	<input type="text"/>	FIRMA	<input type="text"/>

ENCARGADO S.O. O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

NOMBRES Y APELLIDOS:	<input type="text"/>	FIRMA	<input type="text"/>
CARGO:	<input type="text"/>	FIRMA	<input type="text"/>