|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INCIDENTE: |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
| ACCIDENTE: | FATAL |  | GRAVE |  | OTRO |  |
| Fecha de la investigación: | |  | | | | |

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| NIT o C.C. |  |
| Actividad económica |  |
| Clase de riesgo |  |
| No. de accidentes ultimo año |  |
| Represente legal |  |
| Responsable de salud ocupacional |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Municipio |  |
| Departamento |  |

# DATOS DEL TRABAJADOR:

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Documento de identidad |  |
| Tipo de documento |  |
| Fecha de vinculación a la ARP |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Sexo |  |
| Cargo |  |
| Fecha de ingreso a la empresa |  |
| Afiliación a salud (EPS) |  |
| Afiliación a pensiones (AFP) |  |
| Oficio que desempeñaba en el momento del evento |  |
| Tiempo de experiencia en el oficio que desempeñaba en el momento del evento, en meses |  |
| Tipo de vinculación |  |

# INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO:

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de ocurrencia del evento |  |
| Hora de ocurrencia del evento |  |
| Fecha de la muerte del trabajador |  |
| Empresa donde ocurrió el evento |  |
| Dirección donde ocurrió el evento (incluya municipio y departamento) |  |
| Zona (rural o urbana) |  |
| El oficio que ejecutaba era propio de su cargo |  |
| Hora de inicio de la jornada laboral |  |
| Se informó oportunamente el accidente de trabajo |  |
| Tiempo que tardó en recibir atención médica desde el momento del accidente |  |
| IPS donde recibió la atención |  |
| Parte del cuerpo afectada |  |
| Tipo de lesión sufrida |  |
| Factor que originó el evento |  |
| Total días de incapacidad hasta la fecha de la investigación |  |
| Continúa incapacitado (Sí o no) |  |
| Han ocurrido eventos similares (Sí o no. En caso afirmativo, ampliar detalles) |  |
| Descripción detallada del lugar del evento: | |
| Cómo ocurrió evento: | |
| Datos complementarios: | |

## PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE / ACCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres y apellidos | Cargo | C. C. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Anexar versiones de los testigos (Incluir nombres completos, cargos, números de cédulas y teléfonos si es posible).

# ENTORNO DE TRABAJO

Factores de riesgo presentes en la estación de trabajo:

| Tipo | Fuente | Existe control (describir) | Contribuyó al evento |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### CONCLUSIONES

### CAUSAS INMEDIATAS QUE DIERON ORIGEN AL ACCIDENTE

|  |
| --- |
| ACTOS INSEGUROS |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| CONDICIONES INSEGURAS |
|  |
|  |
|  |

# CAUSAS BÁSICAS QUE DIERON ORIGEN AL ACCIDENTE

|  |
| --- |
| FACTORES PERSONALES |
|  |
|  |
|  |

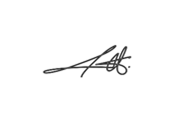
|  |
| --- |
| FACTORES DEL TRABAJO |
|  |
|  |
|  |

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Recomendación | F | M | T | Responsable | Fecha para su implementación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### EQUIPO INVESTIGADOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |
| Firma |  |  | Firma |  |
| Nombre |  |  | Nombre |  |
| Cargo |  |  | Cargo |  |
|  | |  |  | |
| Firma |  |  | Firma |  |
| Nombre |  |  | Nombre |  |
| Cargo |  |  | Cargo |  |



Representante Legal,

[onshow.m; ope=changepic]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[datos.nombre\_representante]

Elaboro:

Reviso:

Aprobó: