

INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES 60-100-26

60-100-26 V7/17-12-2018-B9

	ACCIDENT					ACCIDENTE M	ORTAL_			ACC	IDENTE LEV	E	_	INCIDEN				
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO FECHA EN QUE SE INVES				STIG	A EL EVENTO						FECHA EN QUE SE ENVIA LA INVESTIGACION					ZION		
// MM/DD/AA//				мм/	DD/AA		REQUIERE PRESENTARSE A LA ARL?			.03	// MM/DD/AA // MM/DD/AA							
	,5,, 0 (/	/		,		/AA REQUIERE PRESENTARSE AL MINISTERIO?			.U!			- /	. 1 11 1/2	<i>D</i> // 0 (
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO									ARI A IA OII			ARL A LA OU	JE ESTÁ AFILIADO					
																		\rightarrow
						DATO	OS DEL E	MPLEADO	OR									
TIPO DE VINCULACIÓN Empleador						Contra	tante		Cooperativa			Otro						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							TIPO DE 1	IDENTIFICA	CIÓN				NÚMERO					
						!	NI	CC	CE		N.U	PA						
DIRECCIÓN												TELÉFONO			FAX			
CORREO ELECTRÓNICO						DEPARTAMENTO			MINICIPIO			MUNICIPIO						
CONNEO ELECTRONICO						DEPARTAMENT				-		PIONICII IO		-				R
				I	NFOF	RMACION DE	LA PERS	ONA OU	SE ACC	IDEN	ITÓ							
TIPO DE VINCULACIÓN:	PLANTA	\	MIS	IÓN		COOPERA			STUDIANT			INDEPE	NDIE	NTE				
PRIMER APELLIDO	•	,	SEGUND	O APELLI	DO	•		PRI	MER NOM	BRE	•	•	SEG	JNDO NOI	MBRE			
TIDO DE VIDENTES				lau'u										1				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	I I I		D.4	NÚMERO)			FECHA	DE NACIM	ILENTO) 	I A I A	Α	GENE			, I	
CC CE N.U DIRECCIÓN	TI		PA						D	U		TELÉFONO	А	А	FAX		F	
DINEGUOIT												TELET ON			1750			\rightarrow
DEPARTAMENTO			MUNICI	PIO					ZONA			CARGO						\rightarrow
									U		R							
OCUPACIÓN HABITUAL	•	-					•	TIEMPO	DE OCUPA	ACIÓN	HABITUAL AL	MOMENTO DE	L AC	CIDENTE		D 0	M	1 M
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA			SALARIO) U HONC	RARI	OS (MENSUAL))(ornada de	TRABAJO	HABIT	TUAL				•			
D D M M	A A	AA					((1) DIURNA		(2)	NOCTURNA	(3)) MIX	то	(4)	TURNO	S	oxdot
		T				INFORMAC	ION SOB											
FECHA DEL ACCIDENTE	Δ Δ	Λ	HORA D	EL ACCID	ENTE	(0-23 HRS)	N/I		A DE LA SE	MANA		CURRIÓ EL AC	_		lari			+
DDDMMA	AA	А				ПП	M	M			LU MA	MI	JU	VI	SA	DO		
Jornada en que sucede	ESTAE	BA REALIZ	ZANDO S	u labor	HABI	TUAL?												
(1) NORMAL (2) EXTRA	SI	[NO	CU	ÁL?	(Diligenciar so	ólo en caso	negativo)										
TOTAL TIEMPO LABORADO	н —	ММ	TIPO	DE ACC	IDEN	TE												
PREVIO AL ACCIDENTE	''		(1	1) VIOLENO	CIA	(2) TRÁNSI	TO	(3) DEPORT	TIVO		(4) RECREAT	TIVO O CULTUR	AL	(5) PROPIOS	DEL TRA	BAJO	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	DEPA	RTAMENT	O DEL A	CCIDENTI	E	FECHA DE MUERTE	LA M	IUNICIPIO I	DEL ACCID	ENTE				ZONA DO	NDE OCUR	RIÓ EL /	CCIDEN	ITE
(1) CI (2) NO						DD/MM/AA									U		R	
(1) SI (2) NO						_/_/_	_											
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCI	DENTE:		(1) DE	NTRO DE	LA E	MPRESA		(2) FUER	A DE LA EM	1PRES/	A							
					_	, ,												
INDIQUE CUAL SITIO		dond	le ocu	ırrió)		TIPO DE I		I (MARC	QUE CC)N U	INA X CU	AL O CUA	\LE:	S)				
(1) ALMACENES O DEPÓSITO						<u> </u>	RACTURA					(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN						
(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN							.UXACIÓN						AGUDA O ALERGIA					
(3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS				-						EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U O RELACIONADO CON EL AMBIENTE								
(4) CORREDORES O PASILLO (5) ESCALERAS	J5							N O TRAUM			ILKIDA			(81) ASFI		, CON E	- WI-IDIE	JAIL
(6) PARQUEADEROS O ÁREA	AS DE CTRCUII	ACIÓN V	FHICIII 4	AR	1						ón o pérdida c	tel nin)		•	TO DE LA I	FLECTPI	CIDAD	\longrightarrow
(7) OFICINAS	DE CINCUL	- ICTOIN V	LITCULF	ux	}	L	HERIDA	JIA O LINUCI	-FUCTOIN (E	_ACIUS!	on o perulua t	.c. 0j0 <i>j</i>			TO NOCIVO			IÓN
(8) OTRAS ÁREAS COMUNES	5					H 1		IDEBET(TA)	(Incluse r	ลรดมก๊ก	nunción o ni	inchazo v		•				
(9) OTRO. (Especifique)							(30) The lot in Soi Eld Tebrie (Tricky Pagerio, parteion o pinerazo y				. ,	(90) LESIONES MÚLTIPLES (99) OTRO. (Especifique)						
1					1	(55) (GOLPE, COI	NTUSIÓN O	APLASTAM	1IENT()			-				$\overline{}$
						(60) (QUEMADUR	RA .					Ì					



INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES 60-100-26 V7/17-12-2018-B9

PART	PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:							
	(1) CABEZA							
	(1.12) 0J0							
	(2) CUELLO							
	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)							
	(3.32) TÓRAX							
	(3.33) ABDOMEN							
	(4) MIEMBROS SUPERIORES							
	(4.46) MANOS							
	(5) MIEMBROS INFERIORES							
	(5.56) PIES							
	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES							
	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS							

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ E TRABAJADOR)
(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
(2) MEDIOS DE TRANSPORTE
(3) APARATOS
(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
(4.4) RADIACIONES
(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS
(8) OTRO. (Especifique)

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
 (1) CAÍDA DE PERSONAS
(2) CAÍDA DE OBJETOS
(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
(4) ATRAPAMIENTOS
(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
(9) OTRO. (Especifique)

(7) LESIONES GENERALES U OTRAS								
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL	ACCIDENTE					
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Re qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)	sponda a las preguntas	HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACC	CIDENTE? SI	NC)	EN CASO DILIGENCIAR INFORMACIÓN	LA	AFIRMATIVO, SIGUIENTE
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	<u>-</u>	DOCUM	_	DE IDENTIDA		
				CC	CE	N.U	TI	PA
		CARGO		No:		•		
		DECLARACIÓN						
				FIRM			_	
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				DE IDENTIDA		PA
		CARGO		cc No:	CE	N.U	TI	PA
		CARGO		NO:				
		DECLARACIÓN						
				EIDM	۸.			
				FIRM	A:			
		PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	(Representante	o Dele	egado)		
		PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	(Representante	_	_	DE IDENTIDA	D	
			(Representante	_	_	DE IDENTIDA	D TI	PA
			(Representante	DOCUM	ENTO	DE IDENTIDA		PA
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	(Representante	CC No.	CE	DE IDENTIDA N.U IGENCIAMIE	TI NTO DEL	
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO	(Representante	CC No.	CE	DE IDENTIDA N.U	TI NTO DEL	
ODSEDVACIONES DE LA EMPRESA (FOLITO	SCT TEFE THE	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO	SST, JEFE INM	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS CARGO FIRMA		No.	CE DE DIL	N.U IGENCIAMIET DEL ACCIDE	NTO DEL	INFORME





DIBUJO O FOTOS QUE REPRES	ENTEN EL EVEN	410						
DISEÑO ESQUEMÁTICO DE LA I	METODOLOGÍA	DE ANÁI	TCTC D	E CALISAS	Especifique sua	1.		
DISENO ESQUEMATICO DE LA	AL TODOLOGIA	DL ANAL	1313 D	L CAUSAS	Lspecifique cua	··		
DESIMEN DE CAUGAS Y CONSU	LICTONICS							
RESUMEN DE CAUSAS Y CONCL CAUSAS INMEDIATAS	OSTONES			CAUSAS BAS	CAC .			
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SU	BESTANDA			TORES DE TRABA	10		FACTORES PERSONALES
	110100							
	 							
	†							
MEDIDAS DE INTERVENCION N	IECESARIAS A					NO SE R	REPITA	
CONTROLES A IMPLEMENTAR SE	CÚN I TSTA	I THO DE	CONTI	ROL (Señala	FECHA EJECUCION	FECH	IA	
	GUIT LISTA		X en do	nde anlica)	LECUA EJECUCION			AREA O PERSONA RESPONSABLE DE
PRIORIZADA DE CAUSA				nde aplica)	DD/MM/AA	VERIFICA DD/MM		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
PRIORIZADA DE CAUSA		FUENTE	X en do		DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUS					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		
PRIORIZADA DE CAUSA					DD/MM/AA	VERIFICA		





El desarrollo forestal, una necesidad humana						
PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓ	N					
NOMBRE	CARGO		EQU	EN EL JIPO IGADOR	EMPRESA	FIRMA DOC IDENTIF
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL				FIRMA Y D	OCUMENTO DE IDENTIFIC	ACION
PERPANCARI E EN COT	LI TOTNOTA NO	1 1	EVERTE A	ETDIA V D	OCUMENTO DE IDENTIFICA	ACTON
RESPONSABLE EN SST	LICENCIA NO		EXPEDIDA POR	FIRMA Y D	OCUMENTO DE IDENTIFIC	ACION