

ACCIDENTE GRAVE		ACCIDENTE MORTAL		ACCIDENTE LEVE		INCIDENTE	
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO ____ / ____ / ____ MM/DD/AA		FECHA EN QUE SE INVESTIGA EL EVENTO ____ / ____ / ____ MM/DD/AA		REQUIERE PRESENTARSE A LA ARL? _____ REQUIERE PRESENTARSE AL MINISTERIO? _____		FECHA EN QUE SE ENVIA LA INVESTIGACION ____ / ____ / ____ MM/DD/AA ____ / ____ / ____ MM/DD/AA	
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO				ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO			

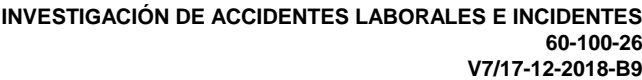
DATOS DEL EMPLEADOR							
TIPO DE VINCULACIÓN		Empleador		Contratante		Cooperativa	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO			
		NI		CC		CE	
		N.U		PA			
DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO				DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
						ZONA	
						U	
						R	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ															
TIPO DE VINCULACIÓN:		PLANTA		MISIÓN		COOPERADO		ESTUDIANTE O APRENDIZ		INDEPENDIENTE					
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO				FECHA DE NACIMIENTO				GÉNERO			
CC				CE				N.U				TI			
PA								D D				M M			
								A A				A A			
DIRECCIÓN								TELÉFONO				FAX			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				ZONA				CARGO			
								U				R			
OCUPACIÓN HABITUAL								TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE				D D			
												M M			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA				SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL							
D D				M M				A A				A A			
								(1) DIURNA				(2) NOCTURNA			
								(3) MIXTO				(4) TURNOS			

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE															
FECHA DEL ACCIDENTE				HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)				DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE							
D D				M M				A A				A A			
				H H				M M				LU			
								MA				MI			
								JU				VI			
								SA				DO			
JORNADA EN QUE SUCEDE				ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?											
(1) NORMAL				(2) EXTRA				SI				NO			
								CUÁL?				(Diligenciar sólo en caso negativo)			
TOTAL TIEMPO LABORADO				TIPO DE ACCIDENTE											
PREVIO AL ACCIDENTE				(1) VIOLENCIA				(2) TRÁNSITO				(3) DEPORTIVO			
												(4) RECREATIVO O CULTURAL			
												(5) PROPIOS DEL TRABAJO			
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?				DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE				FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA				MUNICIPIO DEL ACCIDENTE			
(1) SI				(2) NO				— / — / —							
												ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE			
												U			
												R			
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:				(1) DENTRO DE LA EMPRESA				(2) FUERA DE LA EMPRESA							

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)	
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS	
(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN	
(3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS	
(4) CORREDORES O PASILLOS	
(5) ESCALERAS	
(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR	
(7) OFICINAS	
(8) OTRAS ÁREAS COMUNES	
(9) OTRO. (Especifique)	

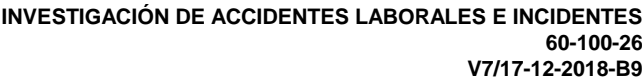
TIPO DE LESION (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES)	
(10) FRACTURA	(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
(20) LUXACIÓN	
(25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA	(80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
(30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	(81) ASFIXIA
(40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)	(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
(41) HERIDA	(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
(50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	(90) LESIONES MÚLTIPLES
(55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO	(99) OTRO. (Especifique)
(60) QUEMADURA	



MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
	(1) CAÍDA DE PERSONAS
	(2) CAÍDA DE OBJETOS
	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
	(4) ATRAPAMIENTOS
	(5) SOBRESFUERZO, 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)

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE													
HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?	SI		NO	EN CASO DE DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN:				AFIRMATIVO, SÍGUENTE					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
				CC		CE		N.U		TI		PA	
CARGO				No:									
DECLARACIÓN				FIRMA:									
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
				CC		CE		N.U		TI		PA	
CARGO				No:									
DECLARACIÓN				FIRMA:									
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)													
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
				CC		CE		N.U		TI		PA	
CARGO				No.									
FIRMA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE									
				D	D		M	M		A	A	A	A

OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO SST, JEFE INMEDIATO, COPASST) Y DE LOS OTROS PARTICIPANTES DEL EQUIPO INVESTIG



**DISEÑO ESQUEMÁTICO DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE CAUSAS. Especifique cual:**

## RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES

[illegible]

**MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA**

[illegible]

PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN				
NOMBRE	CARGO	ROL EN EL EQUIPO INVESTIGADOR	EMPRESA	FIRMA DOC IDENTIF
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL			FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
RESPONSABLE EN SST	LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	