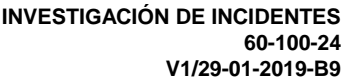


FECHA EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO										FECHA EN QUE SE INVESTIGA EL EVENTO										AMBIENTAL					SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																																		
____ / ____ / ____ MM/DD/AA										____ / ____ / ____ MM/DD/AA																																																	
DATOS DEL EMPLEADOR																																																											
TIPO DE VINCULACIÓN										Empleador										Contratante										Cooperativa										Otro																			
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 LOS INVOLUCRADOS EN EL EVENTO																																																											
TIPO DE VINCULACIÓN:										PLANTA										MISIÓN										COOPERADO										ESTUDIANTE O APRENDIZ										INDEPENDIENTE									
GRUPO DE TRABAJO																				SUPERVISOR A CARGO:																																							
UBICACIÓN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO:																																																											
LABOR QUE SE ESTABA EJECUTANDO:																																																											
INVOLUCRADOS EN EL EVENTO: (NOMBRE, CARGO, GRUPO DE TRABAJO)																																																											
INFORMACION SOBRE EL INCIDENTE																																																											
FECHA DEL INCIDENTE										HORA DEL INCIDENTE (0-23 HRS)										DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE																																							
D		D		M		M		A		A		A		A				H		H		M		M				LU		MA		MI		JU		VI		SA		DO																			
JORNADA EN QUE SUCDE										ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?																																																	
(1) NORMAL				(2) EXTRA				SI				NO				CUÁL?		(Diligenciar sólo en caso negativo)																																									
TOTAL TIEMPO LABORADO										TIPO DE INCIDENTE																																																	
PREVIO AL INCIDENTE										PERDIDA MATERIAL										SI										NO																													
INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)																																																											
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS				(3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS				(5) ESCALERAS				(7) OFICINAS																																															
(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN				(4) CORREDORES O PASILLOS				(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR				(8) OTRAS ÁREAS COMUNES																																															
(9) OTRO. (Especifique)																																																											
ELEMENTOS AFECTADOS POR EL INCIDENTE										AGENTE DEL INCIDENTE										MECANISMO O FORMA DEL INCIDENTE																																							
										(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS										(1) CAÍDA DE PERSONAS																																							
										(2) MEDIOS DE TRANSPORTE										(2) CAÍDA DE OBJETOS																																							
										(3) APARATOS										(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES																																							
										(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS										(4) ATRAPAMIENTOS																																							
										(4) MATERIALES O SUSTANCIAS										(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO																																							
										(4.4) RADIACIONES										(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA																																							
										(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)										(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD																																							
										(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS										(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS																																							
										(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)										(9) OTRO. (Especifique)																																							
										(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS																																																	
										(8) OTRO. (Especifique)																																																	

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE											
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL INCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)		HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE?		SI		NO		EN CASO DE DILIGENCIAR LA AFIRMATIVO, INFORMACIÓN:					
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS						DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
		CARGO						CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>					
		DECLARACIÓN						No:					
								FIRMA:					
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS						DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
		CARGO						CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>					
		DECLARACIÓN						No:					
								FIRMA:					
PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)													
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS						DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
		CARGO						CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N.U <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>					
		FIRMA						No.					
								FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE					
								D <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A					
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO SST, JEFE INMEDIATO, COPASST) Y DE LOS OTROS PARTICIPANTES DEL EQUIPO INVESTIG													
DIBUJO O FOTOS QUE REPRESENTEN EL EVENTO													



RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES

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

PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
----------------------------	-------------------------------------

RESPONSABLE EN SST		LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION