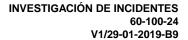


INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES 60-100-24 V1/29-01-2019-B9

FECHA EN QUE OCURRIO EL EVENTO	E SE INVESTIGA EL EVENTO _/ MM/DD/AA	AMBIENTAL		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO											
	<u> </u>		DEL EMPLEADOR							_					
TIPO DE VINCULACIÓN	Empleador _	Contratante		Cooperativ	/a			Otro							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Empleador		TIPO DE IDENTIFICACIÓN						NÚMERO						
		NI	CC CE	N.U		PA						-			
DIRECCIÓN		1111		14.0		LÉFONO			FAX			-			
												-			
CORREO ELECTRÓNICO		DEPA	ARTAMENTO		м	JNICIPIO				ZONA		-			
					-			=		U	R	₹			
		INFORMACION DE LOS	TNVOLUCBADOS EN EL	EVENTO						1 1		\vdash			
TIPO DE VINCULACIÓN:	PLANTA M	ISIÓN COOPERADO		E O APRENDIZ	7	INDEPEN	IDIENTE	: 1							
GRUPO DE TRABAJO	TEANTA ITE	ISTON COOLENADO	SUPERVISOR A CAR		-	INDLIEN	VDILIVIL								
UBICACIÓN DONDE OCURRIÓ EL	EVENTO		JUPERVISOR A CAR		l l										
LABOR QUE SE ESTABA EJECUTA															
LABOR QUE SE ESTABA EJECUTA	ANDO.														
INVOLUCRADOS EN EL EVENTO: (NOMBRI	E CARGO GRIDO DE TR	ARAIO)													
THE SECURDOS LIVEL EVENTO. (NOMBRI	L, CANGO, GRUFO DE TR	16,00)													
		INFORMACION	N SOBRE EL INCIDENTE												
FECHA DEL INCIDENTE	HORA	DEL INCIDENTE (0-23 HRS)	DÍA DE LA SEM		DUE OCUE	RIÓ FL INC	TDFNTF								
	ALALA	H H H	мм	LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO		\top			
		111 111	11 11	10	I'IA	1111	30	VI		100	<u> </u>	4			
JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO	SU LABOR HABITUAL?													
(1) NORMAL (2) EXTRA	SI NO	CUÁL? (Diligenciar sólo e	en caso negativo)												
TOTAL TIEMPO LABORADO		TIPO DE INCIDEN	NTE												
PREVIO AL INCIDENTE	H M M	PERDIDA MATERIAL	SI NO									\Box			
INDIQUE CUAL SITIO (Ir	adique donde oc	gurrió)	, 9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	! ! ! 	1 1	1 I I		1 1	- 	 	1 I 1 I	1			
(1) ALMACENES O DEPÓSITOS		REATIVAS O PRODUCTIVAS	(5) ESCALERAS	(E) ESCALEDAS				(7) OFICINAS							
(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN	(4) CORREDORI		L	CIII ACTÓ	JLACIÓN VEHICULAR (8) OTRAS ÁREAS COMUNE			LINIEC	_						
(9) OTRO. (Especifique)	(4) CORREDORI	ES O PASILLOS	(6) PARQUEADEROS O A	REAS DE CIR	CULACIC	IN VEHICULA	AK		8) UTKAS A	KEAS COM	UINES	Ш			
		_													
ELEMENTOS AFECTADOS POR EL INCIDENT	E	AGENTE DEL INCIDENTE							ORMA DEL	INCIDEN	TE				
		AGENTE DEE INCIDENTE	ACENTE DEL INCIDENTE					(1) CAÍDA DE PERSONAS							
		(1) MÁQUINAS Y/O EQUI	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS						(2) CAÍDA DE OBJETOS						
		(2) MEDIOS DE TRANSPO	ORTE			(3) PISAD	OAS, CHO	OQUES	O GOLPES						
		(3) APARATOS			1	(4) ATRAI	PAMIEN	TOS							
		(3.36) HERRAMIENTAS, I	IMPLEMENTOS O UTENSILIOS		1	(5) SOBR	FESELIFE	270. F	SFUERZO EX	CESTVO O	FALSO				
		(4) MATERIALES O SUSTA			†	MOVIMIE			. 02.120 2.1	020110 0 .	7.200				
		(4.4) RADIACIONES			1										
		- - ` '	AJO (Incluye superficies de trá	ncito v do	1 ⊢			O CONT	TACTO CON	TEMPERAT	URA				
			s, en el exterior, interior o sub			EXTREMA	1								
		(6) OTROS AGENTES NO		<u> </u>		(7) EXPOS	SICIÓN (O CONT	TACTO CON	LA ELECTR	ICIDAD				
		(6.61) ANIMALES (Vivos o	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)					(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS							
		(7) AGENTES NO CLASIFI	TCADOS POR FALTA DE DATOS	S	T			(9) OT	RO. (Especi	fique)					
		(8) OTRO. (Especifique)			1										
		1			1 1										





DESCRIPCION 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 DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
		CC CE N.U TI PA
	CARGO	No:
	DECLARACIÓN	
	DECLARACION	
		FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
		CC CE N.U TI PA
	CARGO	No:
	DECLARACIÓN	_
	DECEMBER OF THE PROPERTY OF TH	
		FIRMA:
	PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representa	
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CARGO	CC CE N.U TI PA
	CARGO	─ No.
	FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME
	124.00	DEL ACCIDENTE
		D D M M A A A A
OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO SST, JEFE INM	EDIATO, COPASST) Y DE LOS OTROS PARTICI	PANTES DEL EQUIPO INVESTIG
DIBUJO O FOTOS QUE REPRESENTEN EL EVENTO		



		OGIA DE AI		13 DL	CAUSAS. E	specifique cu	aı			
RESUMEN DE CAUSAS Y CONCL	USIONES									
CAUSAS INMEDIATAS				CA	USAS BASIC	AS				
CONDICIÓN SUBESTANDAR	S SUBESTANDAR			FACT	ORES DE TRAB	4J0	FACTORES PERSONALES			
								1		
								-		
								-		
MEDIDAS DE INTERVENCION N	FCFSART/	AS A TMPI F	MENT	AR RII	SCANDO (OUF FL EVENT	O NO SE	RFPTTA		
PIEDIDAS DE INTERVENCION N	LCLOART				L (Señalar	201 11 11 11				
CONTROLES A IMPLEMENTAR SE	GÚN LISTA	con una X en do				FECHA EJECUCIO	FECHA EJECUCION VERIFICATION		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE	
PRIORIZADA DE CAUSA	S				PERSONA	DD/MM/AA DD/MI			VERIFICACION DE LA EMPRESA	
		FUEINI	'		. 2.100.01					
		FUEINT	- '		1 2.00.0.					
		FOEINT								
		POENT			. 2.00101					
		FUENT								
		FUENT								
		FUENT								
		FUENT								
		FUENT								
		FUENT								
PARTICIPANTES DE LA INVEST.	IGACIÓN	FOENT								
	IGACIÓN			R	OL EN EL				FIRMA	
PARTICIPANTES DE LA INVEST	IGACIÓN	CARGO		R	OL EN EL		RESA		FIRMA DOC IDENTIF	
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA		FIRMA DOC IDENTIF	
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
	IGACIÓN			R	OL EN EL		RESA			
NOMBRE				R	OL EN EL EQUIPO ESTIGADO	R				
				R	OL EN EL EQUIPO ESTIGADO			CACION		
NOMBRE				R	OL EN EL EQUIPO ESTIGADO	R		CACION		
NOMBRE	AL		EX	ROEINVE	DL EN EL EQUIPO ESTIGADO	R	E IDENTIFIO			
NOMBRE NOMBRE REPRESENTANTE LEG	AL	CARGO		ROEINVE	DL EN EL EQUIPO ESTIGADO	Y DOCUMENTO D	E IDENTIFIO			
NOMBRE NOMBRE REPRESENTANTE LEG	AL	CARGO	EX	ROEINVE	DL EN EL EQUIPO ESTIGADO	Y DOCUMENTO D	E IDENTIFIO			