|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INCIDENTE: |  | ACCIDENTE: | LEVE |  | GRAVE |  | MORTAL |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO | | | | | | CÓDIGO EPS | ARL A LA QUE ESTA AFILIADO | | CÓDIGO ARL |
|  |  | |  |
| AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: | | | | | | | | CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL | |
| SEGURO SOCIAL | SI |  | NO |  | CUAL | | |  | |

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE VINCULADOR LABORAL: | (1) PLANTA | |  | | (2) CONTRATISTA | | | | | | | |  | | (3) OTRO | | | | | | | | | | | |  |
| SEDE PRINCIPAL:  NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CODIGO | | | | |
|  | | | | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIT |  | CC | | |  | CE | |  | | NU |  | PA |  | | | No. | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | | | TELÉFONO | | | | | | | | | | | | FAX | | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | DEPARTAMENTO | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | ZONA | | | | |
| U |  | R |  | |
| DIRECCIÓN SEDE O CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|
| ¿SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DEL CENTRO PRINCIPAL?  SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI |  | NO |  | |
|  | | | | |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO | | | | |
|  | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | | | TELÉFONO | | | | | | | | | | | FAX | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ZONA | | | | |
| U |  | R |  | |

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE VINCULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) PLANTA | | | | |  | | (2) CONTRATISTA | | | | | |  | | (3) ESTUDIANTE O APRENDIZ | | | | |  | (4) OTRO | | | |  |  | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| PRIMER NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGUNDO NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | GENERO | | | | | | | |
| CC | |  | CE |  | UN |  | | | TI |  | PA |  | No. |  | | | | | DD | | MM | AAAA | | | | | M |  | F |  | OTRO | |  | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TELÉFONO | | | | | | | | | | | | FAX | | |
|
| DEPARTAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO | | | | ZONA | | | | | CARGO | | | | | | | | | |
| U |  | | R |  |
| OCUPACIÓN HABITUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO | | | | | | TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | MM |  | DD |
| FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | | | | | | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) | | | | | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL | | | | | | | | | | | | |
|  | DD | |  | MM | | | |  | | AAAA | | | | | |  |  | | | | |  | DÍA | |  | NOCHE | |  | TURNOS | |  | | | |

**III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DEL ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | HORA DEL ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | JORNADA EN QUE SUCEDE | | | | | | | | | | | |
|  | DD |  | MM | |  | | | AAAA | | | |  |  | | HH | | | | | |  | | | | | MM | |  | | | LU | | | |  | | MA | |  | | MI | |  | JU |  | | VI |  | SA | | |  | | | DO | |  | |  | (1) NORMAL | | |  | (2) EXTRA | | | |  | | |  |
| ESTABA REALIZANDO SU LABOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO | | | | | TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HABITUAL? | | | | (1) SI | | | | | |  | (2) NO | | | | |  |  | | CUAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | AL ACCIDENTE | | | | | | | | | |  | HH | | |  | MM | | |  | | |
| TIPO DE ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) VIOLENCIA | | | | | |  | | | (2) TRÁNSITO | | | | | | | | |  | | | | | (3) DEPORTIVO | | | | | | | | | | | | | | |  | (4) RECREATIVO O CULTURAL | | | | | | | | | | | | | |  | | | (5) PROPIOS DEL TRABAJO | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA DE LA MUERTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | (1) SI | | | |  | | | (2) NO | | | |  | | |  | | | | |  | | DD | | |  | | | MM | | |  | | | AAAA | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | U | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | R | | | |  | | |  | | (1) DENTRO DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | (2) FUERA DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |

**INDIQUE CUAL SITIO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ALMACENES O DEPÓSITOS |  | CORREDORES O PASILLOS |  | OFICINAS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | AREAS DE PRODUCCIÓN |  | ESCALERAS |  | OTRAS AREAS COMUNES |
|  |  |  |  |  |  |
|  | AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS |  | PARQUEADEROS O AREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR |  | OTRO; ESPECIFICAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

TIPO DE LESIÓN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | FRACTURA |  | LUXACIÓN |  | TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO |
|  |  |  |  |  | MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE  MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA. |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO |  | AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión |  | HERIDA ABIERTA |
|  |  |  | o pérdida del ojo) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | TRAUMA SUPERFICIAL |  | GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO |  | QUEMADURA CALÓRICA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | QUEMADURA QUÍMICA) |  | ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN |  | EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO |
|  |  |  | AGUDA O ALERGIA. |  | RELACIONADO CON EL AMBIENTE. |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ASFIXIA |  | EFECTO DE LA ELECTRICIDAD |  | EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN |
|  |  |  |  |  |  |
|  | LESIONES MÚLTIPLES |  | OTRO. Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PARTE DEL CUERPO AFECTADA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | REGIÓN CRANEANA |  | OJO |  | OREJA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | BOCA (Labios, dientes, lengua) |  | NARIZ |  | CARA (no clasificado en otros) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CABEZA (Ubicaciones múltiples) |  | CABEZA (Ubicación no precisada) |  | CUELLO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ESPALDA |  | TÓRAX |  | ABDOMEN |
|  |  |  |  |  |  |
|  | PELVIS |  | TRONCO (Ubicaciones múltiples) |  | TRONCO (Ubicación no precisada) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | HOMBRO |  | BRAZO |  | CODO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ANTEBRAZO |  | MUÑECA |  | MANO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | DEDOS |  | MIEMBRO SUPERIOR Ubicaciones múltiples |  | MIEMBRO SUPERIOR Ubicación no precisada |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CADERA |  | MUSLO |  | RODILLA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | PIERNA |  | TOBILLO |  | PIE |
|  |  |  |  |  |  |
|  | DEDOS DE LOS PIES |  | MIEMBRO INFERIOR Ubicaciones múltiples |  | MIEMBRO INFERIOR Ubicación no precisada |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CABEZA Y TRONCO, CABEZA Y UNO O |  | TRONCO Y UNO O VARIOS MIEMBROS |  | UN MIEMBRO SUPERIOR Y UN MIEMBRO |
|  | VARIOS MIEMBROS |  |  |  | INFERIOR O MÁS DE DOS MIEMBROS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | OTRAS UBICACIONES MÚLTIPLES |  | UBICACIONES MÚLTIPLES NO PRECISADA |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | APARATO CIRCULATORIO GENERAL. |  | APARATO RESPIRATORIO GENERAL |  | APARATO DIGESTIVO GENERAL |
|  |  |  |  |  |  |
|  | SISTEMA NERVIOSO GENERAL |  | OTRAS LESIONES GENERALES |  | LESIONES GENERALES NO PRECISADAS |

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MÁQUINAS Y/O EQUIPOS |  | MEDIOS DE TRANSPORTE |  | APARATOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O |  | MATERIALES O SUSTANCIAS |  | RADIACIONES |
|  | UTENSILIOS |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | AMBIENTE DE TRABAJO (INCLUYE SUPERFICIES DE TRÁNSITO Y DE TRABAJO , MUEBLES, TEJADOS, EN EL EXTERIOR, INTERIOR O SUBTERRÁNEOS) |  | OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS |  | ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS | | |  |  |

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CAIDAS DE ALTURA O EN PROFUNDIDADES |  | CAIDAS DE PERSONAS AL MISMO NIVEL |  | DERRUMBE |
|  |  |  |  |  |  |
|  | DESPLOME |  | CAÍDAS DE OBJETOS |  | OTRAS CAÍDAS DE OBJETOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | PISADAS SOBRE OBJETOS |  | CHOQUES CONTRA OBJETOS INMÓVILES |  | CHOQUE CONTRA OBJETOS MÓVILES |
|  |  |  |  |  |  |
|  | GOLPES POR OBJETOS MÓVILES |  | ATRAPAMIENTO POR UN OBJETO |  | ATRAPAMIENTO ENTRE UN OBJETO |
|  |  |  |  |  | INMÓVIL Y UN OBJETO MÓVIL |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ATRAPAMIENTO ENTRE DOS OBJETOS |  | ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL |  | ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL |
|  | MÓVILES |  | LEVANTAR OBJETOS |  | EMPUJAR OBJETOS O TIRAR DE ELLOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL |  | FALSOS MOVIMIENTOS |  | EXPOSICÓN AL CALOR |
|  | MANEJAR O LANZAR OBJETOS |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EXPOSICIÓN AL FRIO |  | CONTACTO CON SUSTANCIAS U |  | CONTACTO CON SUSTANCIAS U |
|  |  |  | OBJETOS ARDIENTES |  | OBJETOS MUY FRÍOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON LA |  | CONTACTO POR INHALACIÓN POR |  | EXPOSICIÓN POR RADIACIONES |
|  | CORRIENTE ELÉCTRICA |  | INGESTIÓN O POR ABSORCIÓN DE |  | IONIZANTES |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EXPOSICIÓN A OTRAS RADIACIONES |  | OTRAS FORMAS DE ACCIDENTES NO |  | NO CLASIFGICADO POR FALTA DE |
|  |  |  | CLASIFICADAS |  | DATOS |

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATOS COMPLEMENTARIOS:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

DIAGRAMAS, DIBUJOS O FOTOGRAFÍAS

|  |
| --- |
|  |

V. CAUSAS DEL ACCIDENTE

* CAUSAS INMEDIATAS

ACTOS INSEGUROS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NO REALIZAR ESTIRAMIENTO APROPIADO ANTES O DESPUÉS DE ACTIVIDADES |  | SALTAR DESDE PARTES ELEVADAS |  | USO DE HERRAMIENTA O EQUIPO INADECUADAMENTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  | OMITIR CALENTAMIENTO ANTES DE INICIAR LAS ACTIVIDADES |  | OMITIR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL |  | CORRER |
|  |  |  |  |  |  |
|  | OMITIR POSTURAS ADECUADAS EN LAS ACTIVIDADES |  | OMITIR SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD |  | OMITIR PERMISOS DE SEGURIDAD |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EXCEDER SU CAPACIDAD MOTORA |  | AGARRAR OBJETOS EN FORMA ERRADA |  | OMITIR, BLOQUEAR O DESCONECTAR SISTEMAS DE SEGURIDAD |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | NO TENER PAUSAS O TIEMPOS DE DESCANSO |  | EXPONERSE INNECESARIAMENTE A CARGAS SUSPENDIDAS |  | COLOCAR MATERIALES DE MANERA INSEGURA. |
|  |  |  |  |  |  |
|  | OMITIR EL USO DE ATUENDO PERSONAL SEGURO |  | BROMAS Y JUEGOS PESADOS |  | RECARGAR DE PESOS (VEHICULOS, ANDAMIOS) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | DESCONECTARO QUITAR LOS DISPODITIVOS DE SEGURIDAD |  | MEZCLAR PRODUCTOS NO COMPATIBLES |  | OTRO, CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

CONDICIONES INSEGURAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | USO DE MATERIALES O EQUIPOS PELIGROSOS O INADECUADOS |  | AYUDA INADECUADA PARA LEVANTAR COSAS PESADAS |  | ILUMINACIÓN INADECUADA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | DESGASTADO, CUARTEADO, RAÍDO O ROTO |  | SIN AISLAMIENTO |  | RUIDO EXCESIVO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CARENCIA DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL |  | RIESGOS AMBIENTALES EN TRABAJOS EXTERIORES. |  | APILADO INAPROPIADAMENTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  | TERRENO IRREGULAR |  | ROPA INAPROPIADAS O INADECUADA |  | AGUDO, CORTANTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RESBALOSO |  | ESPACIO INADECUADO |  | INSUFICIENTE ESPACIO DE TRABAJO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | SIN PROTECCIÓN (RIESGOS MECÁNICOS O FÍSICOS) |  | SIN CONEXIÓN A TIERRA |  | RIESGO DEL TRANSPORTE PÚBLICO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RIESGO DEL TRÁFICO |  | TERRENO INESTABLE |  | OTRO, ¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* CAUSAS BÁSICAS

FACTORES PERSONALES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CAPACIDAD DE MOVIMIENTO CORPORAL LIMITADA |  | SOBRE CARGA EMOCIONAL |  | BAJO TIEMPO DE REACCIÓN |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EXPOSICIÓN A RIESGO CONTRA LA SALUD |  | MOTIVACIÓN INSUFICIENTE |  | FALTA DE EXPERIENCIA |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CAPACIDAD PSICOLÓGICA INADECUADA |  | ALTURA, PESO, TALLA, ALCANCE, ECT. INADECUADAS |  | FALTA DE CONOCIMIENTO |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RESTRICCIONES DE MOVIMIENTO |  | VISIÓN DEFECTUOSA |  | FATIGA DEBIDO A CARGA O DURACIÓN DE LAS TAREAS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | CAPACIDAD LIMITADA PARA MANTENERSE EN DETERMINADAS POSICIONES CORPORALES |  | OTRAS DEFICIENCIAS SENSORIALES (TACTO, GUSTO, OLFATO, EQUILIBRIO) |  | ESCASA COORDINACIÓN |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO |  | FATIGA DEBIDO A LA CARGA O DURACIÓN DE LAS TAREAS |  | FATIGA DEBIDO A LA FALTA DE DESCANSO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | FALTA DE EXPERIENCIA |  | ORIENTACIÓN DEFICIENTE |  | FALTA DE PREPARACIÓN |

FACTORES DEL TRABAJO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | HÁBITOS DE TRABAJO INCORRECTOS |  | INGENIERÍA INADECUADA |  | ESTÁNDARES DE TRABAJO DEFICIENTES |
|  |  |  |  |  |  |
|  | SUPERVISOR Y LIDERAZGO DEFICIENTE |  | HERRAMIENTAS Y EQUIPOS INADECUADOS |  | EMPLEO INADECUADO DE ELEMENTOS PARA OTROS PROPÓSITOS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ASPECTOS PREVENTIVOS INADECUADOS |  | ABUSO Y MALTRATO |  | ALMACENAMIENTO INADECUADO DE LOS MATERIALES O HERRAMIENTAS |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | FALTA DE CONOCIMIENTO EN EL TRABAJO DE SUPERVISIÓN / ADMINISTRACIÓN |  | MANEJO INADECUADO DE LOS MATERIALES |  | TRANSPORTE INADECUADOS DE MATERIALES Y HERRAMIENTAS |
|  |  |  |  |  |  |
|  | PROLONGACIÓN EXCESIVA DE LA VIDA ÚTIL DEL ELEMENTO. |  | EMPLEO DEL ELEMENTO POR PERSONAS NO CALIFICADAS O SIN PREPARACIÓN |  | OTRO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

NOTA: en caso de que la causa no se encuentre en el formato, remítase al anexo B de la NTC 3701.

VI. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recomendación** | **Aplica en** | | | **Implementación** | | **Verificación** | | |
| **F** | **M** | **T** | **Fecha** | **Responsable** | **Fecha** | **Efectividad** | **Responsable** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VII. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | |
| DIRECCIÓN | FECHA | HORA |

**EQUIPO INVESTIGADOR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE** | **TIPO DE VINCULACIÓN** | **ROL EN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN** | **DOCUMENTO IDENTIDAD** | | **FIRMA** |
| **TIPO\*** | **NÚMERO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL | | | | |  | REPRESENTANTE LEGAL | | | | |
| Firma |  | | | |  | Firma |  | | | |
| Nombre |  | | | |  | Nombre |  | | | |
| Doc. identidad | Tipo:\* |  | Número |  |  | Doc. Identidad | Tipo:\* |  | Número |  |
| Licencia S.O. |  | | | |  |  |  | | | |

\* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

**FECHAS DE REMISIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Envío de la investigación de la Empresa a la ARL |  |
| Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa |  |
| Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio de Protección Social |  |