|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 DEMÚSCULO 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 |  |