







## FORMATO INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO (Empresa)

Incidente  
Accidente Leve   
Accidente Grave   
Accidente Mortal

EPS a la que está afiliado:	Código de la EPS a la que está afiliado:	ARL a la que está Afiliado: AXA COLPATRIA	Código ARL a la que está afiliado:
EFP a la que está afiliado:	COLPENSIONES ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código AFP a la que está afiliado:	Código COPENSIONES:

### I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculación Laboral : (Marque con una X según corresponda)		1. Empleador <input type="checkbox"/>	2. contratante <input type="checkbox"/>	3. Cooperativa de Trabajo Asociado: <input type="checkbox"/>	
Sede Principal : Nombre de la actividad Económica:				Código de la Actividad Económica:	
Razón social:		Tipo de Identificación: NIT C. C. NU PA		No:	
Dirección:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico		
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>	Zona : Urbana <input type="checkbox"/>		
Centro de Trabajo donde labora el trabajador:				Código:	
Son los datos del centro de trabajo los mismos del centro Principal ? Solo en caso negativo diligenciar los siguientes datos del centro de trabajo				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código :
Nombre de la actividad económica del centro de Trabajo :				Código:	
Dirección:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico		
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>	Zona : Urbana <input type="checkbox"/>		

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

Tipo de vinculación Laboral : (Marque con una X según corresponda:				Código:	
1. Planta <input type="checkbox"/>	2. Misión: <input type="checkbox"/>	3. Cooperado <input type="checkbox"/>	4. Estudiante/Aprendiz <input type="checkbox"/>	5. Independiente <input type="checkbox"/>	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre :	Segundo Nombre:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Tipo de Documento de Identidad C.C C.E NU PA TI		No. del Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento: dd / mm / aaaa	
Dirección:	Teléfono:	Correo electrónico		Fax	
Departamento	Municipio	Zona : Rural <input type="checkbox"/>		Zona : Urbana <input type="checkbox"/>	
Fecha de Ingreso a la Empresa: dd / mm / aaaa	Salario u Honorario mensual :		Jornada de Trabajo Habitual: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Turnos <input type="checkbox"/>		
Cargo:				Código:	
Ocupación Habitual:				Tiempo de Ocupación habitual al momento del Accidente dd / mm	

### III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE:

Fecha de ocurrencia del Accidente : dd / mm / aaaa/	Hora de ocurrencia del Accidente : (00:00-23:59)	Jornada de Trabajo 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Extr. <input type="checkbox"/>	Zona 1. Rural <input type="checkbox"/> 2. Urban <input type="checkbox"/>	
Día en el que ocurrió el accidente : (Marque con una X según corresponda: 1. Lunes <input type="checkbox"/> 2. Martes <input type="checkbox"/> 3. Miércoles <input type="checkbox"/> 4. Jueves <input type="checkbox"/> 5. Viernes <input type="checkbox"/> 6. Sábado <input type="checkbox"/> 7. Domingo <input type="checkbox"/>			Total tiempo laborado previo al accidente: Horas :	
Estaba realizando su Labor Habitual: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>		Diligenciar en caso negativo. Cuál era la actividad que estaba realizando ?		Código:
Tipo de Accidente : (Marque con una X según corresponda: 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Transito: <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Propio del trabajo <input type="checkbox"/> 5. Recreativo o Cultural <input type="checkbox"/>			Lugar donde ocurrió el accidente: Dentro de la empresa: <input type="checkbox"/> Fuera de la empresa: <input type="checkbox"/>	
Causó la muerte del trabajador: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>		Fecha del Fallecimiento: dd / mm / aaaa	Departamento	Municipio
Indique en que sitio ocurrió el Accidente : (Marque con una X según corresponda: 1. Almacén o Depósitos <input type="checkbox"/> 2. Áreas de Producción: <input type="checkbox"/> 3. Áreas recreativas o deportivas <input type="checkbox"/> Corredores o Pasillos <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> 6. Parqueaderos o áreas de circulación Vehicular <input type="checkbox"/> 7. Oficinas <input type="checkbox"/> 8. Otras áreas comunes <input type="checkbox"/> Otro: Especificar cual: _____				
Descripción detallada del Lugar del Accidente:				



**TIPO DE LESIÓN ( marque con una X)**

10. Fractura	20. Luxación	25. Torcedura, esguince o desgarro muscular hernia o laceración de muscular o tendón sin herida.	30. Conmoción o trauma Interno
40. Amputación o Enucleación ( Exclusión o pérdida del ojo)	41. Herida abierta	50. Trauma Superficial	55. Golpe o Contusión o Aplastamiento
61. Quemadura calórica	62. Quemadura química	70. Envenenamiento o intoxicación, aguda o alergia	80. Efecto del tiempo, clima u otro relacionado con el ambiente
81. Asfixia	82. Efectos de la electricidad	83. Efecto nocivo de la radiación	90. Lesiones múltiples
99. Otro especifique			

**PARTE DEL CUERPO AFECTADA (Marque con una X)**

1.1 Región craneana	1.2 Ojo	1.3 Oreja	1.4 boca (labios, dientes, lengua)	1.5 Nariz
1.6 cara (no clasificado en otros)	1.8 cabeza (ubicaciones múltiples)	(1.9) cabeza (ubicación no precisada)	(2) cuello	
(3.1) espalda	(3.2) tórax	(3.3) abdomen	(3.4) pelvis	(3.8) tronco (ubicaciones múltiples)
(3.9) tronco (ubicación no precisada)	(4.1) hombro	(4.2) brazo	(4.3) codo	(4.4) antebrazo
(4.5) muñeca	(4.6) mano	(4.7) dedos	(4.8) miembro superior ubicaciones múltiples	(4.9) miembro superior ubicación no precisada
(5.1) cadera	(5.2) muslo	(5.3) rodilla	(5.4) pierna	(5.5) tobillo
(5.6) pie	(5.7) dedos de los pies	(5.8) miembro inferior ubicaciones múltiples	(5.9) miembro inferior ubicación no precisada	(6.1) cabeza y tronco, cabeza y uno o varios miembros
(6.3) un miembro superior y un miembro inferior o más de dos miembros	(6.8) otras ubicaciones múltiples	(6.9) ubicaciones múltiples no precisada	(7.1) aparato circulatorio general.	(7.2) aparato respiratorio general
(7.3) aparato digestivo general	(7.4) sistema nervioso general	(7.8) otras lesiones generales	(7.9) lesiones generales no precisadas	Otro, cual ?

**AGENTE DEL ACCIDENTE (Marque con una X, el agente con el cual se lesionó el trabajador)**

(1) máquinas y/o equipos	(2) medios de transporte	(3) aparatos	(3.36) herramientas, implementos o utensilios	(4) materiales o sustancias
(4.4) radiaciones	(5) otros agentes no clasificados	(5.51) animales (vivos o productos animales)	(6) ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	(7) agentes no clasificados por falta de datos

**MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE (Marque con una X, el mecanismo o forma con que se lesionó el trabajador)**

(1.1) caídas de altura o en profundidades	(1.2) caídas de personas al mismo nivel	(2.1) derrumbe	(2.2) desplome	(2.3) caídas de objetos
(2.4) otras caídas de objetos	(3.1) pisadas sobre objetos	(3.2) choques contra objetos inmóviles	(3.3) choque contra objetos móviles	(3.4) golpes por objetos móviles
(4.1) atrapamiento por un objeto	(4.2) atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil	(4.3) atrapamiento entre dos objetos móviles	(5.1) esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos	(5.2) esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos o tirar de ellos
(5.3) esfuerzos físicos excesivos al manejar o lanzar objetos	(5.4) falsos movimientos	(6.1) exposición al calor	(6.2) exposición al frío	(6.3) contacto con sustancias u objetos ardientes
(6.4) contacto con sustancias u objetos muy fríos	(7) exposición a, o contacto con la corriente eléctrica	8.1) inhalación, ingestión o absorción de sustancias nocivas	(8.2) exposición por radiaciones ionizantes	(8.3) exposición a otras radiaciones
(9.1) otras formas de accidentes no clasificadas	(9.2) no clasificado por falta de Datos	Otro, cual ?		

**IV. REALIZAR LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL ACCIDENTE**

1. Realizar el Análisis de las **Condiciones Reales** de trabajo en las que ocurrió del Evento. En caso de usar la metodología propuesta por la ARL AXA COLPATRIA: (relacionar los hallazgos desde el análisis de las 5'M). Se deben conservar todos y cada uno de los documentos que el procedimiento de investigación de la ARL AXA COLPATRIA ha definido. Con la información recopilada se debe diligenciar el formato de **5W+1H** a fin de describir el evento basado en las evidencias.

**2. Descripción del Accidente**

**3. Causas Inmediatas del Evento**

Actos Inseguros	Condiciones Peligrosas

Se utilizó la metodología propuesta por la ARL?:  Si: Pasar al punto 4  No: Pasar al punto 6

4. Realizar el Análisis de las **Condiciones Ideales** de trabajo.

En caso de usar la metodología propuesta por la ARL AXA COLPATRIA: (relacionar los criterios desde el análisis de las 5'M). Se debe conservar todos y cada uno de los documentos que el procedimiento de investigación de la ARL AXA COLPATRIA ha definido. Con la información recopilada se debe diligenciar el formato de **GAP de las condiciones en términos de las 5'M**.

Aspecto	GAP (Relacionar las diferencias entre las condiciones ideales y reales de trabajo)
Método	
Máquina	
Material	
Mano de Obra	
Medio Ambiente	

5. Continuación se debe desarrollar el análisis de 5 por qué ? para cada GAP encontrado en cada aspecto, recuerde para cada GAP encontrado se debe realizar un análisis 5 por qué?. A continuación se relacionan las soluciones propuestas de cada análisis 5 por qué?

Aspecto	Soluciones Propuestas
Método	
Máquina	
Material	
Mano de Obra	
Medio Ambiente	

**6. Causas Básicas del Evento**

Factores Personales	Factores de Trabajo

**V. ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS**

Se utilizó la metodología propuesta por la ARL?:

**Si:** A continuación se debe plasmar en un cronograma las actividades las soluciones propuestas que resultaron del análisis de 5 por qué ? para cada GAP de las 5'M. Se propone hacer uso del modelo de Plan de acción incluso en la Metodología o la siguiente estructura.

**No:** Plasmar las actividades, las soluciones propuestas de acuerdo a las causas básicas detectadas

Aplica en (F: Fuente, M: medio, T Trabajador)	Responsable	Actividad	Fecha de Planeación dd/mm/aaaa	Fecha de Realización dd/mm/aaaa



**VI. DATOS DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN**

Lugar:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Dirección:		Hora:	

**VII. RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

Nombre(s) y Apellido(s)	Cargo	Cargo en el S <sup>3</sup> -SST (integrante Copasst, Encargado de SST, Jefe Inmediato)	Firma y Documento de Identidad

**PROFESIONAL DE SST**

**RESPONSABLE DE SGSST**

**REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

Firma :  
 Nombre y Apellido:  
 Doc. Identidad:  
 Licencia S.O. No :

Firma :  
 Nombre y Apellido:  
 Doc. Identidad:  
 Licencia S.O. (Si aplica) :

Firma :  
 Nombre y Apellido:  
 Doc. Identidad:

Envío de la investigación de la Empresa a la ARL  
 dd/mm/aaaa

Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa  
 dd/mm/aaaa

Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio  
 de Trabajo  
 dd/mm/aaaa