



FORMATO

REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

CÓDIGO: SIG-EI-FR-34
DEPARTAMENTO: SSTAS
VERSIÓN: 1.0

Indique Cuál:

LUGAR Y DIRECCION DE LA
INVESTIGACIÓN

FECHA

HORA

PARTE A: DATOS DEL TRABAJADOR INVOLUCRADO

Tipo de vinculación laboral: Directo Misión Cooperado Independiente Otro _____

Nombre del Accidentado: _____ N°. Identificación: _____ Teléfono : _____ Edad: _____

Empresa/ Consorcio: _____ Cargo: _____ ARL: _____ EPS: _____

Fecha ingreso a la empresa: _____ Tiempo de experiencia en el cargo actual (meses y días): _____ Días trabajados antes del accidente: 0 Días de Incapacidad: _____

Género: Masculino Femenino Jornada de trabajo habitual: Normal Extra Días de Prorroga: _____

Salario: \$ _____ - Tipo de Contrato: _____ ¿Se brindo el primer auxilio? SI NO

PARTE B: DATOS DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

FECHA REPORTE			DD		MM		AA		REPORTANTE:		LUGAR:			
FECHA DEL EVENTO			DD		MM		AA		HORA DEL EVENTO		HH		MM	

Día de la semana en el que ocurre el evento:
 Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom

ÁREA O PROCESO INVOLUCRADO: _____

Causo la muerte del trabajador: SI | NO Fecha de la muerte: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Seleccione el tipo de evento ocurrido

Fatalidad Lesión personal Lesiones a terceros Daños a la propiedad
 Derrame Incendio Fugas Casi Accidente
 Accidente Tránsito Deportivo/ Cultural Otro, ¿Cuál? _____

Sitio exacto donde ocurrió el evento:

Almacenes o depósitos Corredores o pasillos Parquederos o áreas de circulación vehicular
 Áreas de producción Escaleras Otras áreas comunes
 Áreas recreativas o deportivas Oficinas Otro _____

Realizaba su labor habitual? SI | NO Diligenciar en caso negativo. Cuál? _____

NATURALEZA DE LA LESIÓN (Marque con un el tipo de lesión)

- Fractura
 Luxación
 Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón sin herida
 Conmoción o trauma interno
 Enucleación (exclusión o pérdida traumática del ojo)
 Amputación
 Herida
 Trauma Superficial (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
 Golpe, contusión o aplastamiento
 Quemadura
 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
 Efecto del clima u otro relacionado con el ambiente
 Asfixia
 Efecto de la electricidad
 Efecto nocivo de la radiación
 Lesiones múltiples
 Otro, Especifique: _____

PARTE CUERPO AFECTADA (Marque con un el tipo de lesión)

- Cabeza
 Ojo
 Cuello
 Tronco (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
 Tórax
 Abdomen
 Miembros superiores
 Manos
 Miembros inferiores
 Pies
 Ubicaciones múltiples
 Ubicaciones generales u otras _____

AGENTE DEL ACCIDENTE (Con que se lesionó el trabajador)

- Maquinas y/o equipos
 Medios de transporte
 Aparatos
 Herramientas, implementos o utensilios
 Materiales o sustancias
 Radiaciones
 Ambiente de trabajo: (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
 Otros agentes no clasificados
 Animales o producto de animales
 Agentes no clasificados. ¿Cuál? _____
- Especifique: tipo, marca, modelo, velocidades, tamaños, formas, dimensiones y las demás que se consideren necesarias _____

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

- Caídas de altura o en profundidades
 Caída de personas al mismo nivel
 Caída de objetos
 Pisadas, choques o golpes
 Atrapamientos
 Derrumbe
 Desplome
 Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
 Exposición o contacto con temperatura extrema
 Exposición a contacto con electricidad
 Exposición o contacto con sustancias nocivas, radiaciones o salpicaduras
 Otro, especifique _____

CONDICIONES EXTERNAS				
<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Resplandor de sol <input type="checkbox"/> Llovizna <input type="checkbox"/> Tormenta <input type="checkbox"/> Lluvia <input type="checkbox"/> Polvareda <input type="checkbox"/> Niebla <input type="checkbox"/> Otro, Especifique _____				
VALORACIÓN DE LA PERDIDA (\$)				
SANCIONES		DAÑOS A LA PROPIEDAD		DAÑOS A TERCEROS
DAÑO O PERDIDA DE EQUIPO, MAQUINARIA Y/O VEHICULO		TOTAL DE LA PERDIDA	\$	-
PARTE C: DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE / INCIDENTES				
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL LUGAR DEL EVENTO (orden, aseo, condiciones climáticas)				
DESCRIBA CLARA Y DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE / INCIDENTE (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, quien y cómo)				
REGISTRO FOTOGRAFICO (croquis, fotografías, dibujo mano alzada, diagramas que ilustren el hecho)				
EVIDENCIA DE PERSONAS (Enliste la entrevistas y anéxelas con firma)				
<u>Testigo 1</u>	Nombre Completo: _____	No. Identificación _____	Celular: _____	
<u>Testigo 2</u>	Nombre Completo: _____	No. Identificación _____	Celular: _____	
<u>Testigo 2</u>	Nombre Completo: _____	No. Identificación _____	Celular: _____	
PARTE D. DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE CAUSAS - Utilizar metodología diagrama causa-efecto o Ishikawa				

IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS							
CAUSAS INMEDIATAS (Seleccione de la lista desplegable)				CAUSAS BÁSICAS (Seleccione de la lista desplegable)			
CONDICIONES INSEGURAS		ACTOS INSEGUROS		FACTORES PERSONALES		FACTORES DEL TRABAJO	
1		5		9		13	
2		6		10		14	
3		7		11		15	
4		8		12		16	
PLANES DE ACCIÓN (Establecimiento de medidas preventivas y correctivas)							
ACCIÓN			ACTO / CONDICION ASOCIADO	FACTOR ASOCIADO	TIPO DE CONTROL	RESPONSABLE	FECHA
RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN DEL EVENTO							
Nombres		Cédula	Rol (Equipo Investigador)		Empresa	Firma	
FIRMA PROFESIONAL CON LICENCIA EN SST VIGENTE (aplica si es accidente grave y mortal)							
Nombre		Cédula	N° Licencia SST		Fecha de expedición	Firma	
REPRESENTANTE LEGAL O DELEGADO							
Nombre		Cédula	Cargo			Firma	

Este documento y la información que contiene es propiedad de ML1. No se puede utilizar, reproducir ni transmitir a un tercero sin la aprobación previa por escrito.

DCC-DM-FR-7
Versión: 1.0