

<b>I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN</b>				<b>INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b> <input type="checkbox"/> <b>Leve</b> <input type="checkbox"/> <b>Grave</b> <input type="checkbox"/> <b>Mortal</b> <input type="checkbox"/>							
FECHA DE LA INVESTIGACIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		DIRECCIÓN					
D	D	M	M	A	A	A	A				
HORA EN QUE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN				RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN							
DE	H	H	M	M	A.M.	A	H	H	M	M	A.M.
MATERIAL AUDIOVISUAL ANEXO (en los cuadros especificar la cantidad de cada uno)											
Fotografías <input type="checkbox"/> Vídeos <input type="checkbox"/> Cintas de Audio <input type="checkbox"/> Ilustraciones <input type="checkbox"/> Diagramas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?											

<b>II. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA</b>						TIPO DE VINCULADOR LABORAL					
						<input type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Cooperativa					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL			CÓDIGO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						DIRECCIÓN					
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.											
TELÉFONO		FAX		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ZONA	
										<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR										CÓDIGO	
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:	
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO			CÓDIGO		DIRECCIÓN						
TELÉFONO		FAX		DEPARTAMENTO				MUNICIPIO		ZONA	
										<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	

<b>III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE TUVO EL AT O INCIDENTE</b>						TIPO DE VINCULACIÓN				CÓDIGO (6)								
						<input type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz <input type="checkbox"/> (5) Independiente												
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE									
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						FECHA DE NACIMIENTO				GENERO								
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.						D				D	M	M	A	A	A	A		
EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CODIGO EPS		AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CODIGO AFP		AFP ISS		NOMBRE AFP SI NO ES ISS		ARP A LA QUE ESTÁ AFILIADO		CODIGO ARP				
DIRECCIÓN						TELÉFONO			FAX									
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				ZONA										
								<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R										
CARGO		OCUPACIÓN HABITUAL				CÓDIGO		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA										
								D				D	M	M	A	A	A	A
TIEMPO EN LA OCUPACIÓN		ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		JORANADA DE TRABAJO HABITUAL				RECIBIÓ ATENCIÓN OPORTUNA EN PRIMEROS AUXILIOS										
Meses		Meses		<input type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>										
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				IPS QUE ATENDIÓ AL TRABAJADOR (sólo en caso de Accidentes)				FECHA DE MUERTE DEL TRABAJADOR (si fue AT Mortal)										
								D				D	M	M	A	A	A	A

<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE</b>															
FECHA DE OCURRENCIA				HORA DE OCURRENCIA				DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL AT O INCIDENTE				JORNADA EN QUE SUCEDÉ EL EVENTO			
D				D				M				M			
A				A				A				A			
H				H				L				U			
M				M				M				I			
J				J				V				I			
S				S				A				D			
¿ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?															
<input type="checkbox"/> (1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO ¿CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo)															
TIPO DE ACCIDENTE O INCIDENTE (Seleccione una opción y especifique)															
<input type="checkbox"/> 0 Sin información <input type="checkbox"/> 1 Violencia <input type="checkbox"/> 2 Tránsito <input type="checkbox"/> 3 Deportivo <input type="checkbox"/> 4 Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> 5 Propios del Trabajo															
Especifique															
DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE O INCIDENTE				MUNICIPIO DEL ACCIDENTE O INCIDENTE				ZONA		TIEMPO LABORADO PREVIO AL AT O INCIDENTE					
								<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R		HORAS		MINUTOS			
LUGAR EXACTO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O INCIDENTE															
<input type="checkbox"/> Dentro de la empresa			<input type="checkbox"/> Almacenes o depósitos			<input type="checkbox"/> Escaleras			<input type="checkbox"/> Otras áreas comunes			Especifique			
<input type="checkbox"/> Fuera de la empresa			<input type="checkbox"/> Áreas de producción			<input type="checkbox"/> Parqueaderos o áreas de circulación vehicular			<input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)						
<input type="checkbox"/> Otra empresa			<input type="checkbox"/> Áreas recreativas o deportivas			<input type="checkbox"/> Oficinas			<input type="checkbox"/> Sin información						
<input type="checkbox"/> Corredores o pasillos															

<b>V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE</b>											
¿Habían ocurrido eventos similares anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
¿Se había considerado esta condición como prioritaria en el Panorama de Riesgos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuanta con panorama de riesgos <input type="checkbox"/>											
¿El evento similar fue investigado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿El evento anterior fue reportado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											

<b>INFORMACIÓN DEL REPORTE DEL ACCIDENTE (No aplica para incidentes)</b>										
Fecha de reporte del accidente	DIA	MES	AÑO	Reporte extemporaneo	Si	No	Se anexa reporte	Si	No	Extemporaneidad DIAS
Razón de la extemporaneidad:										
Se anexa pago de aportes a ARP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se anexa afiliación a ARP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										

<b>VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJO EL ACCIDENTE O INCIDENTE (marque sólo los que aplican al caso investigado)</b>										
Agente:										
Material:								Peso	UNIDAD DE MEDIDA	
Marca:				Referencia:				Modelo		
Tamaño:	Altura:	Ancho:	Volumen:	Profundidad:			Tiempo de uso		Años	Meses
Fecha del último mantenimiento realizado:				DIA	MES	AÑO	Se anexa registro de mantenimiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Explosivos:							Cantidad			
Gases:							Cantidad			
Temperatura:										
Sustancia:							Cantidad			
Voltaje Eléctrico:										
Detalles adicionales:										

<b>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b> El trabajador estaba utilizando todos los EPP correctamente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
EPP que debe utilizar:				EPP utilizados en el momento del AT				Observaciones:		
<input type="checkbox"/> Casco	<input type="checkbox"/> Calzado Especial	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Vestuario Especial	<input type="checkbox"/> Casco	<input type="checkbox"/> Calzado Especial	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Vestuario Especial			
<input type="checkbox"/> Tapabocas	<input type="checkbox"/> Protección para golpes	<input type="checkbox"/> Protector Auditivo	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Tapabocas	<input type="checkbox"/> Protección para golpes	<input type="checkbox"/> Protector Auditivo	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____			
<input type="checkbox"/> Protección Visual				<input type="checkbox"/> Protección Visual						

<b>AGENTES EXTERNOS QUE PUDIERON INCIDIR EN EL ACCIDENTE O INCIDENTE</b>										
ÚLTIMA VEZ QUE EL TRABAJADOR CONSUMIÓ LICOR										
<input type="checkbox"/> 24 Horas	<input type="checkbox"/> 12 Horas	<input type="checkbox"/> 8 Horas	<input type="checkbox"/> Menos de 8 horas	<input type="checkbox"/> No consume o no lo hizo recientemente						

<b>MEDICAMENTOS QUE CONSUME O DEBE CONSUMIR EL TRABAJADOR (NO OMITIR NINGUNO)</b>							EL TRABAJADOR CONSUME SUSTANCIAS QUE ALTERAN EL SISTEMA NERVIOSO Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
							EL TRABAJADOR TIENE OTRO TRABAJO ADICIONAL Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
							HORAS QUE DURMIÓ EL TRABAJADOR ANTES DEL ACCIDENTE			
							8 horas o más <input type="checkbox"/> Entre 6 y 8 horas <input type="checkbox"/> Menos de 6 horas <input type="checkbox"/>			

**PUNTOS VII Y VIII NO APLICAN PARA INCIDENTES DE TRABAJO**

<b>VII. CARACTERIZACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (Ver tabla de codificación Normas Ansi Z-16.1 y Z-16.2 Pags. 10,11,12,13 y 14)</b>										
N°	CATEGORIA	DESCRIPCION							CODIGO	
1	NATURALEZA DE LA LESIÓN									
2	PARTE DEL CUERPO AFECTADA									
3	AGENTE DEL ACCIDENTE									
4	TIPO DE ACCIDENTE (Mecanismos)									

**VIII. CLASE DE ACCIDENTE O INCIDENTE Y SOPORTES**

<b>ACCIDENTE O INCIDENTE DE TIPO DEPORTIVO</b>										
¿Qué actividad desarrollaba?										
Hacia parte del Equipo de la empresa:				Si	No	Anexa Certificado Empresarial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

<b>ACCIDENTE O INCIDENTES DE TRÁNSITO O CON VEHÍCULOS INVOLUCRADOS</b>										
Propiedad del Vehículo	Empresa <input type="checkbox"/>	Contratado <input type="checkbox"/>	Subsidiado <input type="checkbox"/>	Otro						
Condición del Trabajador Involucrado	Peatón <input type="checkbox"/>	Conductor <input type="checkbox"/>	Pasajero <input type="checkbox"/>	Otro						
Tipo de Vehículo	Carro <input type="checkbox"/>	Motocicleta <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	Otro						
<b>ANEXA</b> Aplica sólo para Accidentes de tránsito)	INFORME DE TRANSITO		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	TARJETA DE PROPIEDAD		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE SUBSIDIO DE MANTENIMIENTO		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	CROQUIS DE LEVANTAMIENTO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	COPIA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

<b>ACCIDENTE MORTAL (Solo para Accidentes mortales)</b>										
<b>ANEXA</b>			ACTA DE DEFUNCIÓN		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	INFORME DE FISCALIA		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

## IX. TESTIMONIOS Y DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE SEGÚN PERSONAS QUE LO PRESENCIARON

Número de personas que vieron o presenciaron el Accidente

1	2	3	4	5	Más ¿Cuántos?	
---	---	---	---	---	---------------	--

TRABAJADOR INVOLUCRADO	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

TESTIGO 1	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

TESTIGO 2	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

## X. ANALISIS DEL GRUPO INVESTIGADOR

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

INTEGRANTE DEL COPASO O VIGIA	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

ENCARGADO DEL P.S.O.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

BRIGADISTA DE EMERGENCIAS	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

EN CASO DE CONSIDERAR NECESARIO ADICIONAR MAYOR INFORMACIÓN O DETALLES, UTILIZAR HOJA ANEXA DE LA PÁGINA 8

## XI. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS ESPECIALIZADO

ES OBLIGATORIO EN CASO DE ACCIDENTES MORTALES O GRAVES (Es opcional para otro tipo de Accidentes o incidentes)

ESPECIALISTA	NOMBRE COMPLETO	APELLIDOS	CARGO
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL	EMPRESA QUE REPRESENTA		
No.			

Observaciones de especialista:


PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

**XII. ANALISIS DE CAUSALIDAD (Ver tabla de codificación de Accidentes de Trabajo GTC 3701) Pags. 15 y 16)**

		CATEGORIA	Marque X	DESCRIPCION	Sub.CODIGO			
CAUSAS BÁSICAS	FACTORES PERSONALES	Capacidad física / Fisiológica inadecuada	<input type="checkbox"/>					
		Capacidad Mental / Psicológica inadecuada	<input type="checkbox"/>					
		Tensión Física y Fisiológica	<input type="checkbox"/>					
		Tensión Mental y Psicológica	<input type="checkbox"/>					
		Falta de conocimiento	<input type="checkbox"/>					
		Falta de Habilidad	<input type="checkbox"/>					
		Motivación Deficiente	<input type="checkbox"/>					
		Ninguno	<input type="checkbox"/>					
		Indeterminado	<input type="checkbox"/>					
	FACTORES DE TRABAJO	Supervisión y Liderazgo deficientes	<input type="checkbox"/>					
		Ingeniería inadecuada	<input type="checkbox"/>					
		Deficiencias en las Adquisiciones	<input type="checkbox"/>					
		Manutención Deficiente	<input type="checkbox"/>					
		Herramientas y Equipos inadecuados	<input type="checkbox"/>					
		Estándares Diferentes de trabajo	<input type="checkbox"/>					
		Uso y Desgaste	<input type="checkbox"/>					
		Abuso o Maltrato	<input type="checkbox"/>					
		Ninguno	<input type="checkbox"/>					
		Indeterminado	<input type="checkbox"/>					
CAUSAS INMEDIATAS	AMBIENTALES SUBESTANDAR	Defecto de los Agentes	<input type="checkbox"/>					
		Riesgos de la ropa o vestuario	<input type="checkbox"/>					
		Riesgos ambientales no especificados	<input type="checkbox"/>					
		Métodos o procedimientos Peligrosos	<input type="checkbox"/>					
		Riesgos de Colocación o Emplazamiento	<input type="checkbox"/>					
		Inadecuadamente protegido	<input type="checkbox"/>					
		Riesgos ambientales en trabajos exteriores distintos a los Riesgos Públicos	<input type="checkbox"/>					
		Riesgos Públicos	<input type="checkbox"/>					
		Condiciones ambientales peligrosas No especificadas en otra parte	<input type="checkbox"/>					
		Indeterminada (Información insuficiente)	<input type="checkbox"/>					
		No hay Condición Ambiental Peligrosa	<input type="checkbox"/>					
	ACTOS SUBESTANDAR	Limpieza, Lubricación, Ajuste o Reparación Móvil Eléctrico o de presión	<input type="checkbox"/>					
		Omitir el uso de Equipos de Protección Personal disponibles	<input type="checkbox"/>					
		Omitir el uso de atuendo personal seguro	<input type="checkbox"/>					
		No Asegurar o Advertir	<input type="checkbox"/>					
		Bromas o Juegos Pesados	<input type="checkbox"/>					
		Uso inadecuado del Equipo	<input type="checkbox"/>					
		Uso Inapropiado de las Manos O Partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>					
		Falta de Atención a las condiciones del Piso	<input type="checkbox"/>					
		Hacer inoperantes los dispositivos de Seguridad	<input type="checkbox"/>					
		Operar o Trabajar a Velocidad insegura	<input type="checkbox"/>					
		Adoptar una posición Insegura	<input type="checkbox"/>					
		Errores de Conducción	<input type="checkbox"/>					
		Colocar, Mezclar, Combinar, ETC inseguramente	<input type="checkbox"/>					
Usar Equipo inseguro	<input type="checkbox"/>							
Acto Subestándar No especificado en otra parte	<input type="checkbox"/>							
Ningun Acto Subestándar	<input type="checkbox"/>							
Sin Calsificación (Datos Insuficientes)	<input type="checkbox"/>							

### XIII. CONCLUSIONES GENERALES


### XIV. EL EMPLEADOR SE COMPROMETE A ADOPTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

CAUSAS INMEDIATAS

ITEM	ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE APLICACIÓN			RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	
		DIA	MES	AÑO		Si	No
1	EN LA FUENTE					Si	
						No	
2	EN EL MEDIO					Si	
						No	
3	EN EL TRABAJADOR					Si	
						No	

CAUSAS BASICAS

ITEM	ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE APLICACIÓN			RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	
		DIA	MES	AÑO		Si	No
1	EN LAS FUENTE					Si	
						No	
2	EN EL MEDIO					Si	
						No	
3	EN EL TRABAJADOR					Si	
						No	

CAUSAS INMEDIATAS

ITEM	ACCIONES PREVENTIVAS	FECHA DE APLICACIÓN			RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	
		DIA	MES	AÑO		Si	No
1	EN LA FUENTE					Si	
						No	
2	EN EL MEDIO					Si	
						No	
3	EN EL TRABAJADOR					Si	
						No	

CAUSAS BASICAS

ITEM	ACCIONES PREVENTIVAS	FECHA DE APLICACIÓN			RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	
		DIA	MES	AÑO		Si	No
1	EN LA FUENTE					Si	
						No	
2	EN EL MEDIO					Si	
						No	
3	EN EL TRABAJADOR					Si	
						No	

### XV. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS

RESPONSABLE 1	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
RESPONSABLE 2	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
RESPONSABLE 3	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

### RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

RESPONSABLE 1	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
RESPONSABLE 2	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
RESPONSABLE 3	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
TRABAJADOR INVOLUCRADO	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE COMPLETO	FIRMA	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

### XVI. REMISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LA ARP SEGURO SOCIAL POR PARTE DEL EMPLEADOR

FECHA REMISIÓN			CANTIDAD DE HOJAS	RELACIÓN DE ANEXOS	CANTIDAD	CANTIDAD
DIA	MES	AÑO				

**IMPORTANTE:**  
 CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO EN LA EMPRESA, Y DE TODOS LOS SOPORTES DE LA INVESTIGACIÓN.

### XVII. RECOMENDACIONES DE LA ARP (Espacio para uso exclusivo de la ARP)

### SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES

ACTIVIDADES	FECHAS			CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	DIA	MES	AÑO	SI	NO	
1 EN LA FUENTE						
2 EN EL MEDIO						
3 EN EL TRABAJADOR						
4 EN LA FUENTE						
5 EN EL MEDIO						
6 EN EL TRABAJADOR						

**Observaciones:**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE DE REPRESENTANTE DE LA ARP	CARGO	FIRMA
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No.			

REMISIÓN DE RECOMENDACIONES A LA EMPRESA	DIA	MES	AÑO	REMISIÓN DE INFORME Y RECOMENDACIONES A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL MIN. PROTECCIÓN SOCIAL	DIA	MES	AÑO
--	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----



**TABLA DE CODIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO**  
Resolución 156 de Enero de 2005

CÓDIGO TIPO DE ACCIDENTE	
0	Sin información
1	Violencia
2	Tránsito
3	Deportivo
4	Recreativo o cultural
5	Propios del Trabajo

CÓDIGO LUGAR DEL ACCIDENTE	
0	Sin información
1	Almacenes o depósitos
2	Áreas de producción
3	Áreas recreativas o deportivas
4	Corredores o pasillos
5	Escaleras
6	Parqueaderos o áreas de circulación vehicular
7	Oficinas
8	Otras áreas comunes
9	Otro ¿Cual?

CÓDIGO GRUPOS DE OFICIOS U OCUPACIÓN HABITUAL	
00	Arquitectos, Ingenieros, Agrimensores
01	Químicos, Geólogos, Físicos y especialistas en ciencias físicas
02	Biólogos, veterinarios, agrónomos y especialistas asimilados
03	Médicos, cirujanos, odontólogos
04	Enfermeros
05	Especialistas y técnicos paramédicos
06	Maestros y profesores
07	Sacerdotes y asimilados
08	Juristas y similares
09	Artistas, escritores, trabajadores asimilados
10	Administradores, gerentes y directores
20	Empleados de Oficina
30	Vendedores
40	Agricultores, pescadores, cazadores, trabajadores forestales y similares
50	Mineros, canteros, trabajadores asimilados
60	Trabajadores de transportes y comunicaciones
70	Artesanos
90	Trabajadores de los servicios, deporte y diversiones

## TABLA DE CODIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO

### Normas ANSI Z-16.1 y Z-16.2

#### NATURALEZA DE LA LESIÓN

100	Amputación o enucleación (perdida de ojo)
110	Asfixia, estrangulación, ahogamiento
120	Quemadura (Calórica).
130	Quemaduras (química).
140	Concusión cerebral - conmoción
150	Enfermedad infecciosa o contagiosa (Ántrax, brucelosis, tuberculosis, etc.)
160	Contusión, machacón, magulladura-conservándose la superficie de la piel intacta.- Traumatismo. Edema, equimosis, hematoma.
170	Cortada, laceración, pinchazo-herida abierta. Pérdida de la uña, sección parcial de la piel.
180	Dermatitis-Erupción, pérdida de sustancias, estallido, inflamación de la piel o tejido subcutáneo, incluyendo pústulas, etc.
190	Luxación, esguince, tronchadura - torcedura
200	Choque eléctrico, electrocución
210	Fractura - Fisura ósea
220	Congelación, lesión cutánea producida por el frío y otros efectos de la exposición a bajas temperaturas
230	Pérdida de la audición o su deterioro (como lesión separada, no como secuela de otra lesión)
240	Insolación, calambres calóricos, agotamiento o postración por calor y otros efectos del calor ambiental. (No incluye quemaduras solares). y otros efectos de radiaciones.
250	Hernias, ruptura. Incluye tanto las hernias inguinales como no inguinales
260	Inflamación o irritación de las articulaciones, tendones o músculos. Incluye bursitis, sinovitis, tenosinovitis, etc. No incluye distensiones o desgarros de músculos y tendones o sus consecuencias
270	Envenenamiento (sistémico)
280	Neumoconiosis - Incluye la de los mineros del carbón, asbestosis, silicosis, etc.
290	Efectos de las radiaciones artínicas - quemaduras solares y toda forma de lesión de los tejidos, huesos o fluidos del cuerpo, producidos por exposición a radiaciones, conjuntivitis artínica.
300	Raspaduras, abrasiones (heridas superficiales). Arrancamiento del cabello, erosión, escoriación, lesiones resultantes, conjuntivitis cuerpo extraño
310	Distensiones, desgarros. (Incluye lumbalgias por esfuerzo)
400	Lesiones múltiples
990	Enfermedad ocupacional no identificada en otra parte o enfermedad profesional no identificada
995	Otras lesiones no identificadas en otra parte
999	Sin clasificar, no determinada. (Dolores y otros síntomas de causa no determinada). Dolor astralgia

#### PARTE DEL CUERPO AFECTADA

##### Cabeza

110	Cerebro
121	Oído Externo
124	Oído Interno (incluye audición)
130	Ojo Óptico (incluye nervios ópticos y visión)
141	Mandíbula (incluye mentón)
144	Boca (incluye labios, dientes, lengua, garganta y sentido del gusto)
146	Nariz (incluye fosas nasales, senos y sentido del olfato)
148	Cara, partes múltiples (cualquier combinación de las partes arriba citadas)
149	Cara, no identificada en otra parte. Párpado región orbital
150	Cuero cabelludo

160	Cráneo (incluye solamente lesiones óseas de la bóveda y la base craneal sin compromiso cerebral)
198	Cabeza, múltiple (cualquier combinación de las partes anteriores)
199	Cabeza, no identificada en otra parte
200	Cuello (incluye columna cervical y médula espinal correspondiente)

##### Extremidades superiores

311	Brazo
313	Codo, epicóndelo
315	Antebrazo
318	Extremidades Superiores, múltiple (cualquier combinación de las partes anteriores)
319	Extremidades Superiores, (arriba de la muñeca), no identificada en otra parte
320	Muñeca puño
330	Mano. (Excluyendo la muñeca y los dedos)
340	Dedos
398	Extremidades Superiores, múltiples (cualquier combinación de las partes anteriores)
399	Extremidades Superiores, no identificada en otra parte

##### Tronco

410	Abdomen (incluye órganos internos y sus hernias), hernia inguinal y flanco
420	Espalda (incluye músculos de la espalda, columna, dorso, lumbar, región lumbar y médula espinal)
430	Tórax (incluye costillas, esternón y órganos internos del tórax)
440	Caderas (Incluye pelvis, región sacra, órganos pélvicos, nalgas), órganos genitales, coxis, escroto - iliaco
450	Hombros. (Incluye axila), región escapular, omoplato, clavícula
498	Tronco, múltiples (cualquier combinación de las partes anteriores)
499	Tronco, no identificada en otra parte

##### Extremidades inferiores

511	Muslo
513	Rodilla (incluye región poplíteica), corba
515	Pierna (entre la rodilla y el tobillo)
518	Extremidades inferiores múltiples (cualquier combinación de las partes anteriores).
519	Extremidades inferiores, no identificada en otra parte (arriba del tobillo)
520	Tobillos, cuello pié
530	Pié (excluyendo tobillo y dedos)
540	Dedo (s) o artejos
598	Extremidades inferiores, múltiples (cualquier combinación de las partes anteriores)
599	Extremidades inferiores, no identificada en otra parte

##### Partes Múltiples

700	Partes múltiples (Se aplica cuando se ha afectado más de una de las partes principales del cuerpo tales como: un brazo y una pierna)
-----	--

##### Sistemas Orgánicos

801	Sistema circulatorio (corazón, sangre, arterias, venas, etc.)
810	Sistema digestivo
820	Sistema excretorio (riñones, vejiga, intestinos, etc.)
830	Sistema músculo-esquelético (huesos, articulaciones, tendones, músculos, etc.)
840	Sistema nervioso
850	Sistema respiratorio (pulmones, etc.)
860	Varios sistemas orgánicos
880	Otros sistemas orgánicos
900	Partes del cuerpo, no identificada en otra parte
999	Sin clasificar (insuficiente información)

## AGENTE DEL ACCIDENTE

### Presión Atmosférica (ambiental - anormal)

0101	Alta presión (como trabajo en un cajón neumático, zambullida profunda, etc.)
0120	Baja presión (aire enrarecido como en alturas extremas)

### Animales, pájaros, insectos, reptiles (vivos)

0201	Animales (excepto los que siguen)
0230	Pájaros (aves)
0250	Insectos
0270	Reptiles
0280	Peces (incluye animales de mar)

### Productos animales (excluyendo alimentos)

0301	Huesos
0310	Plumas
0320	Pieles, cerdas, lana, etc. (en estado bruto)
0330	Cueros y pieles curtidas
0399	Productos animales, no especificados en otra parte

400	Movimiento del cuerpo (excluyendo levantar, halar, empujar, etc.)
-----	---

### Calderas, autoclave, recipientes a presión

0501	Calderas, autoclave
0510	Recipientes presurizados (para gases o líquidos)
0530	Líneas de presión (mangueras o tubos - para líquidos presurizados gases o vapores)

### Cajas, barriles, envases, paquetes (vacíos o llenos)

0601	Barriles, toneles pequeños, tambores
0610	Bultos, paquetes
0630	Cajas, huacales, cartones, canastas
0650	Botellas, cántaros, frascos, etc.
0670	Tanques, arcones, etc. (No presurizados)

### Edificios y estructuras (excluyendo pisos, superficies de trabajo o pasillos)

0701	Edificios de oficinas, de planta, residenciales, etc.
0710	Puentes
0720	Represas, esclusas, compuertas, etc.
0730	Tribunas, graderías, estadios, etc.
0740	Andamios, tablados, tarimas, etc.
0750	Torres, postes, etc.
0760	Muelles, dársenas, desembarcaderos, etc.
0799	Edificios y estructuras, no especificados en otra parte

### Artículos de cerámica (no especificados en otra parte)

0801	Ladrillo
0810	Porcelana, loza
0820	Tubos de desagüe, tubos de alcantarilla, revestimiento de chimeneas, etc.
0830	Azulejos (decorativos, no para soportar carga; mosaicos, etc.)
0840	Alfarería
0850	Mosaicos estructurales (vidriados, comunes o mate)
0899	Artículos de cerámica, no especificados en otra parte

## Sustancias químicas, compuestos químicos (sólidos, líquidos, gaseosos)

0901	Ácidos
0905	Alcoholes
0910	Álcalis, cemento, soda cáustica, etc.
0915	Compuestos aromáticos (benceno, tolueno, xileno, anilina, etc.)
0920	Compuesto de arsénico
0925	Bisulfuro de carbono
0930	Bióxido de carbono
0935	Monóxido de carbono
0940	Tetra cloruro de carbono
0945	Cianuro o compuestos cianógenos
0950	Compuestos halogenados, no especificados en otra parte (Tricloroetileno, percloroetileno, cloruro de metilo, refrigerantes)
0955	Compuestos metálicos, no especificados en otra parte (plomo, mercurio, zinc, bronce, cadmio, cromo, etc)
0960	Óxidos de nitrógeno (humos nitrosos)
0999	Sustancias químicas y compuestos químicos, no especificados en otra parte

### Vestuario, trajes, calzado

1001	Botas, zapatos, etc.
1010	Guantes
1020	Sombreros, elementos para cubrir la cabeza, casco
1030	Sacos o sobretodos, impermeables
1040	Camisas, blusas, suéteres chaquetas
1050	Ternos, pantalones, vestidos, overoles

### Carbón, petróleo y sus derivados

1101	Carbón
1110	Coque
1120	Aceite, crudo, ACPM
1130	Gasolina, hidrocarburos, líquidos compuestos
1140	Hidrocarburos gaseosos
1150	Querocene o petróleo de usos doméstico
1160	Aceites lubricantes, refrigerantes, grasas
1170	Gases manufacturados
1180	Solventes de nafta
1190	Asfaltos y aceites de petróleo para caminos
1199	Carbón, petróleo y sus derivados, (no especificados en otra parte)

### 1200 Frio (Atmosférico, ambiental)

### Transportadores

1301	Transportadores de gravedad
1350	Transportadores de fuerzas mecánicas

### Drogas y medicamentos

1401	Productos biológicos (sueros, toxinas, vacunas)
1490	Otras medicinas

### Aparatos eléctricos

1501	Motores
1505	Generadores
1510	Transformadores, convertidores
1515	Conductores
1520	Tableros de distribución, barras colectoras, interruptores
1530	Reóstatos (aparatos de arranque y control)
1540	Aparatos magnéticos y electrolíticos
1550	Artefactos para calefacción
1599	Aparatos eléctricos no especificados en otra parte

### 1700 Lamas, fuego, humo

**Productos alimenticios (incluyendo alimentos de origen animal)**

1810	Frutas y sus derivados
1820	Granos y sus derivados
1830	Carnes y sus derivados
1840	Leche y sus derivados
1850	Vegetales y sus derivados
1890	Productos alimenticios no especificados en otra parte

**Mobiliario, muebles o adornos fijos, accesorios (excluyendo las partes fijas de edificios o estructuras)**

1901	Gabinetes, archivadores, bibliotecas, etc.
1910	Sillas, bancas, etc.
1920	Mostradores, bancos de trabajo, etc.
1930	Escritorios
1950	Coberura para pisos, carpetas, alfombras, esteras, etc.
1960	Equipo para alumbrado, lámparas, bombillos.
1970	Mesas
1999	Mobiliario, muebles, adornos fijos, accesorios, no especificados en otra parte

2000	Artículos de vidrio no especificados en otra parte. Cristalería, fibras de vidrio, láminas, etc. -Excluyendo botellas, jarros, frascos o revestimientos de vidrio)
------	--

**Herramientas manuales no mecanizadas**

2201	Hachas
2205	Sopletes
2210	Cinceles
2215	Limas
2220	Horquillas
2225	Martillo, macho, mandarina, mazo, almádena
2230	Hachuelas
2235	Azadones
2240	Cuchillos, cuchillas
2245	Machetes, peinillas
2250	Picas
2255	Cepillos, garlopas
2260	Alicates, tenazas, pinzas
2265	Punzones y botadores
2270	Sogas, cadenas
2275	Serruchos, Seguetas
2280	Tijeras, cizallas
2285	Destornilladores, montatornillos
2290	Palas
2295	Llaves para tuercas y para tubos
2299	Herramientas manuales, no mecanizadas, no especificadas en otra parte.

**Herramientas manuales, mecanizadas (las accionadas por motores, fluidos, comprimidos, etc. Y en general cuando esté reemplazada la energía humana por fuerza motriz)**

2301	Esmeriles portátiles y otros con piedras abrasivas
2305	Pulidoras, gratas, brilladoras, enceradoras. (Sin piedra abrasiva)
2310	Cinceles, escoplos
2315	Taladros
2320	Martillos, pisones, taladro neumático
	Planchadoras
2330	Cuchillos, navajas
2335	Herramientas accionadas con pólvora (Ramset). Armas de fuego
2340	Punzonadoras
2345	Remachadoras
2350	Sopladoras de arena
2355	Sierras
2360	Destornilladores, monta-tornillos
2370	Herramientas para soldar, equipo autogena y eléctrica
2399	Herramientas manuales, mecanizadas, no especificadas en otra parte

2400	Calor atmosférico, ambiental (excluyendo objetos y sustancias calientes)
------	--

2500	Equipos de calefacción, no especificados en otra parte. (Hornos, retortas, calentadores de ambiente, estufas, cocinas, etc. , que no sean eléctricos)
------	---

2600	Aparatos de izar
------	------------------

2610	Grúas, cabrias, plumas
2620	Elevadores, montacargas, ascensores, puente grúa
2630	Palas, dragas
2641	Elevadores neumáticos
2642	Elevadores de cadena, diferencial de cadena, polipasto
2643	Elevadores eléctricos
2644	Pescante de malacate, malacate de poste o de pértiga
2645	Gatos (mecánicos, hidráulicos, neumáticos, etc.)
2646	Ganchos (para transporte de trozas de madera)
2647	Cubos o cucharones de minería, cangilones)
2699	Aparatos de izar no especificados en otra parte

2700	Agentes infecciosos y parasitarios, no especificados en otra parte. (Bacterias, hongos, parásitos, virus, etc. excluyendo productos químicos, drogas, preparados medicinales o alimentos contaminados).
------	---

**Escaleras Fijas o portátiles**

2910	Agua
2999	Líquidos, no especificados en otra parte

**Máquinas**

3001	Agitadoras, mezcladoras, volteadores o revolventes, etc. centrifugacilindradoras
3050	Máquinas agrícolas, no especificadas en otra parte
3100	Bruñidoras, pulidoras, lijadoras, esmeriladoras, rectificadoras
3150	Máquinas para fundir, forjar y máquinas fijas automáticas para soldar metales
3160	Inyectoras, estrusoras, sopladoras de plásticos
3200	Máquinas trituradoras, pulverizadoras, molinos, calandria, etc.
3250	Máquinas para taladrar, barrenar, tornear, (roscadora, fresadora y cepilladora para metales), limadora.
3300	Máquinas para movimiento de tierra y construcción de carreteras, no especificadas en otra parte
3350	Máquinas para minería y túneles, no especificados en otra parte
3400	Máquinas de oficina
3450	Máquinas empacadoras, envolventes y encelofanadoras
3500	Máquinas recogedoras, peinadoras y cardadoras, retorcedora
3550	Cepilladoras, planeadoras, molduradoras, trompos (para madera), torno madera, barrenadora.

**Prensas, troqueladoras, estampadoras, elaboradoras de puntillas, cadenas, etc.**

3650	Máquinas de imprenta
3700	Laminadoras, trefiladoras
3750	Sierras
3800	Máquinas tamizadoras y separadoras
3850	Cizallas, cortadoras, rebanadoras. (Cortadoras de disco)
3900	Máquinas de coser, hilvanar
3950	Máquinas de tejer, hacer punto o hilar, celfatina
3999	Máquinas, no especificadas en otra parte

**Aparatos de transmisión de fuerza mecánica**

4010	Correas
4020	Cadenas, sogas, cables
4030	Bobinas, poleas, garruchas o roldanas
4040	Embragues de fricción
4050	Engranajes
4099	Aparatos de transmisión de fuerza mecánica, no especificados en otra parte

4100	Artículos de metal, no especificados en otra parte. (Platinas, varillas, alambres, tuercas, pernos, tornillo puntillas, etc. Incluye metal fundido, lingotes, chatarra fundida, pero no minerales y otras materias primas en bruto)
------	---

4200	Productos minerales, metálicos, no especificados en otra parte. (Productos de minería, en bruto o semi-procesados, tales como minerales en bruto y concentrados de minerales), etc.)
------	--

4300	Productos minerales, no metálicos, no especificados en otra parte (productos de minería, excavaciones, canteras, etc., tales como: lodo, tierra, arcilla, arena, cascajo, piedra, etc.)
------	---

4400	Ruido
------	-------

4500	Papel y artículos de pulpa, no especificados en otra parte
------	--

4600	Partículas (no identificadas)
------	-------------------------------

4700	Plantas, árboles, vegetación (en condiciones naturales o sin procesar, no incluye granos trillados, frutas, cosechas, troncos con ramas, etc.)
------	--

4800	Artículos plásticos, no especificados en otra parte (polvos, láminas, varillas, modelados, etc., pero no las sustancias químicas puras o componentes usados en la fabricación de plásticos)
------	---

#### Bombas y generadores de energía

4910	Motores (vapor, combustión interna, etc.)
4930	Bombas. (Compresores de aire incluidos)
4950	Turbinas (hidráulicas, neumáticas, etc.)
4999	Bombas y generadores de energía, no especificados en otra parte.

#### Sustancias y equipos radioactivos (útese este código solo en caso de lesiones por radiaciones)

5010	Isótopos y sustancias radioactivas para uso industrial o médico
5020	Radio
5030	Combustible para reactor atómico, en bruto o procesado
5040	Desperdicios o desechos radioactivos de reactores atómicos
5050	Radiaciones solares
5060	Equipos de Rayos Ultravioleta
5070	Equipos de soldadura aut ógena y eléctrica, arco eléctrico, arco voltaico (por radiación)
5080	Equipos de Rayos X y fluoroscopia
5099	Sustancias

5100	Jabones, detergentes, compuestos para limpieza, no especificados en otra parte
5200	Sílice

5300	Desechos industriales, escombros, materiales de desperdicio, no especificados en otra parte
------	---

5400	Vapor de agua
------	---------------

5500	Productos textiles, no especificados en otra parte; (Incluye fibras animales después de la primera limpieza o lavado, fibras vegetales y sintéticas -(excepto las de Vidrio), hilazas, hilos, mercancías en depósito, Fieltrós y otros productos textiles
------	---

#### Vehículos

5601	De tracción animal
5610	Aéreos
5620	Vehículos motorizados para carreteras, furgón, vehículo Mezcladora y vehículo grúa
5625	Bicicletas y otros vehículos no motorizados para Carretera
5631	Carritos de mano, plataformas con rodillos y otros Vehículos no motorizados, zorra, carretilla
5635	Levantadores de horquilla, montacargas, apiladores, Cargadores de madera y otros vehículos cargadores Motorizados, mula
5638	Tractores y otros vehículos de remolque motorizados
5640	Vehículos sobre rieles, vaneta, góndola
5650	Trineos y otros vehículos para transporte sobre nieve e Hielo
5660	Vehículos acuáticos
5699	Vehículos no especificados en otra parte

5700	Productos de madera, no especificados en otra parte (Troncos, madera aserrada, tablas, postes, vigas, Astillas y otros productos de madera)
------	---

#### Superficies de trabajo, (superficies usadas para apoyo de las personas)

5801	Piso (de un edificio, una mina, un vehículo, un andamio, etc.)
5810	Terrenos (al aire libre)
5815	Rampas
5820	Techos
5825	Pasillos o plataformas (superficies elevadas permanentemente)
5830	Aceras, senderos, pasillos. (Al aire libre)
5840	Escaleras, escalones. (Que sean parte integral de la edificación)
5845	Calles, caminos, carreteras
5899	Superficies de trabajo, no especificadas en otra parte

8800	Misceláneos, no especificados en otra parte
------	---

9800	Desconocidos, sin identificar (distintos a partículas)
------	--

#### TIPO DE ACCIDENTE (Mecanismos del accidente)

##### Golpeado contra

011	Golpeado contra objetos fijos
012	Golpeado contra objetos en movimiento
019	Golpeado contra objetos no especificados en otra parte

##### Golpeado por

021	Golpeado por objetos que caen
022	Golpeado por objetos que vuelan
029	Golpeado por objetos no especificados en otra parte

##### Caída de un nivel superior

031	Caída de andamios, pasillos o plataformas
032	Caída de escaleras
033	Caída de materiales apilados
034	Caída de vehículos
035	Caída de escaleras propias del edificio
036	Dentro de pozos, excavaciones, aberturas de los pisos (desde el borde de la abertura)
039	Caída de un nivel inferior (no especificado en otra parte)

### Caída de un mismo nivel

051	Caer en el pasillo de la superficie de trabajo
052	Caer sobre o contra objetos
059	Caída de un mismo nivel no especificado en otra parte

### Cogido en, debajo o entre

061	Engranajes, rodillos
062	Un objeto móvil y uno fijo
063	Dos o más objetos móviles (que no están engranados)
064	Materiales aplastantes (derrumbamientos de tierra o edificaciones)
069	Cogido en, debajo o entre objetos no especificados en otra parte

### Fricción o raspadura

081	Por recostarse, arrodillarse o sentarse en objetos (no vibrantes)
082	Por objetos operados manualmente (no vibrantes)
083	Por objetos vibrantes
084	Por material extrañas en los ojos
085	Por repetición de presión
089	Fricción o raspadura no especificada en otra parte

### Reacción corporal

101	Provenientes de movimientos involuntarios
102	Provenientes de movimientos voluntarios

### Sobre esfuerzos

121	Al levantar objetos
122	Al halar o empujar objetos
123	Al manipular o lanzar objetos
129	Sobre esfuerzo no especificado en otra parte

130	Contacto con corriente eléctrica
-----	----------------------------------

### Contacto con temperaturas extremas

151	Altas temperaturas atmosféricas o ambientales
152	Bajas temperaturas atmosféricas o ambientales
153	Objetos o sustancias calientes
154	Objetos o sustancias frías

### Contacto con radiaciones o sustancias causticas, tóxicas o nocivas

181	Por inhalación
182	Por ingestión
183	Por absorción
189	No especificadas en otra parte

### Accidentes de transporte público

201	Accidente en avión o vehículo aéreo
203	Accidente en bus
205	Accidente en barco o bote
207	Accidente en metro
209	Accidente taxi
211	Accidente en tren
293	Accidente en vehículo público no especificado en otra parte

### 300 Accidentes en vehículos motorizados

310	Choque o roce lateral
311	Con vehículo que se mueve en dirección contraria por el mismo camino
312	Con un vehículo que se mueve en la misma dirección en el mismo camino
313	Con un vehículo que se mueve en una carretera de intersección o cruce

### Accidente con Choque o roce lateral de un vehículo parado o un objeto fijo

321	Precipitarse contra o rozar lateralmente con un vehículo u objeto parado en la vía
322	Precipitarse contra o rozar lateralmente con un vehículo detenido
323	Ser golpeado por un vehículo mientras se está parado en una vía
324	Ser golpeado por otro vehículo mientras se está parado fuera de la vía
329	Otros accidentes de choque

### Accidentes sin choque

331	Volcarse
332	Salirse fuera de la vía (sin control)
333	Parada o arranque intempestivo (que lancea a los ocupantes fuera o contra partes interiores del vehículo o lance el contenido del vehículo contra los ocupantes)
338	Otros accidentes sin choque

899	Tipos de accidentes no especificados en otra parte
-----	--

999	No clasificado datos insuficientes
-----	------------------------------------

## TABLA DE CODIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO GTC 3701

### CAUSAS BÁSICAS (Factores personales y Factores de Trabajo)

Factores Personales	
001	Altura, peso, talla, alcance inadecuados
002	Capacidad limitada de movimiento corporal
003	Capacidad limitada para mantener posición
004	Sensibilidad o alergia a sustancias
005	Sensibilidad a determinados extremos sensoriales
006	Visión defectuosa
007	Audición defectuosa
008	Otras deficiencias sensoriales
009	Incapacidad respiratoria
010	Otras incapacidades físicas permanentes
011	Incapacidades temporales
101	Temores o fobias
102	Problemas emocionales
103	Enfermedad mental
104	Nivel de inteligencia
105	Incapacidad de comprensión
106	Falta de Juicio
107	Escasa coordinación
108	Bajo tiempo de reacción
109	Aptitud mecánica deficiente
110	Baja aptitud de aprendizaje
111	Problemas de memoria
201	Lesión o enfermedad
202	Fatiga debido a la carga o duración de las tareas
203	Fatiga debido a la falta de descanso
204	Fatiga debido a la carga sensorial
205	Exposición a riesgos contra la salud
206	Exposición a temperaturas extremas
207	Insuficiencia de oxígeno
208	Variaciones de la presión atmosférica
209	Restricción de movimiento
210	Insuficiencia de azúcar en la sangre
211	Ingestión de drogas
301	Sobrecarga emocional
302	Fatiga debido a la carga o limitación de tiempo de la tarea mental
303	Obligaciones que exigen un juicio o toma de decisiones extremas
304	Rutina, monotonía, exigencias para un cargo sin trascendencia
305	Exigencia de percepción o concentración profunda
306	Actividades insignificantes o degradantes
307	Ordenes confusas
308	Solicitudes conflictivas
309	Preocupación debido a problemas
310	Frustraciones
311	Enfermedad mental
401	Falta de experiencia
402	Orientación deficiente
403	Entrenamiento inicial inadecuado
404	Reentrenamiento insuficiente
405	Ordenes mal interpretadas
501	Instrucción inicial insuficiente
502	Práctica insuficiente
503	Operación esporádica
504	Falta de preparación
601	El desempeño subestándar es más gratificante
602	El desempeño estándar causa desagrado
603	Falta de incentivos
604	Demasiadas frustraciones
605	Falta de desafíos
606	No existe intención de ahorro de tiempo y esfuerzo
607	No existe interés para evitar la incomodidad
608	Sin interés por sobresalir
609	Presión indebida de los compañeros
610	Ejemplo deficiente por parte de la supervisión
611	Retroalimentación deficiente en relación con el desempeño
612	Falta de reforzamiento positivo para el comportamiento correcto
613	Falta de incentivos de producción
998	Ningún factor personal

### FACTORES DEL TRABAJO

SUPERVISIÓN Y LIDERAZGO DEFICIENTES	
001	Relaciones jerárquicas poco claras o conflictivas
002	Asignación de responsabilidades poco claras o conflictivas
003	Delegación insuficiente o inadecuada
004	Definir políticas, prácticas o líneas de acción inadecuadas
005	Formulación de objetivos, metas o estándares que causan conflictos
006	Programación o planificación insuficiente del trabajo
007	Instrucción, orientación y/o entrenamiento insuficientes
008	Entrega insuficiente de documentos de consulta, de instrucciones y de publicaciones guías.
009	Identificación y evaluación deficiente de instrucciones y de publicaciones guías.
010	Falta de conocimiento en el trabajo de supervisión o administración
011	Ubicación inadecuada del trabajador, de acuerdo con sus cualidades y con las exigencias que demanda la tarea.
012	Medición y evaluación deficientes del desempeño
013	Retroalimentación deficiente o incorrecta en relación con el desempeño

INGENIERIA INADECUADA	
101	Evaluación insuficiente de las exposiciones a pérdidas
102	Preocupación deficiente en cuanto a los factores humanos o ergonómicos
103	Estándares, especificaciones y/o criterios de Delegación insuficiente o inadecuada
104	Control e inspecciones inadecuados de las construcciones
105	Evaluación deficiente de la condición conveniente para operar
106	Evaluación deficiente para el comienzo de una operación

### DEFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES

201	Especificaciones deficientes en cuanto a los requerimientos
202	Investigación insuficiente respecto a las materias y a los equipos
203	Especificaciones deficientes para los vendedores
204	Modalidad o ruta de embarque inadecuada
205	Inspecciones de recepción y aceptación deficientes
206	Comunicación inadecuada de las informaciones sobre aspectos de seguridad y salud
207	Manejo inadecuado de los materiales
208	Almacenamiento inadecuado de los materiales
209	Transporte inadecuado de los materiales
210	Identificación deficiente de los ítems que implican riesgos
211	Sistemas deficientes de recuperación o de eliminación de desechos

### MANTENIMIENTO DEFICIENTE

301	Aspectos preventivos inadecuados para evaluación de necesidades
302	Aspectos preventivos inadecuados para lubricación y servicio
303	Aspectos preventivos inadecuados para ajuste/ensamble
304	Aspectos preventivos inadecuados para limpieza o pulimento
305	Aspectos correctivos inapropiados para comunicación de necesidades
306	Aspectos correctivos inapropiados para programación del trabajo
307	Aspectos correctivos inapropiados para la revisión de las piezas
308	Aspectos correctivos inapropiados para reemplazo de partes

### HERRAMIENTAS Y EQUIPOS INADECUADOS

401	Evaluación deficiente de las necesidades y los riesgos
402	Preocupación deficiente en cuanto a los factores humanos o ergonómicos
403	Estándares o especificaciones inadecuadas
404	Disponibilidad inadecuada
405	Ajustes, reparación o mantenimiento deficiente
406	Sistema deficiente de reparación y recuperación de materiales
407	Eliminación y reemplazo inapropiado de piezas defectuosas

### ESTANDARES DEFICIENTES DE TRABAJO

501	Desarrollo inadecuado de normas para inventario y evaluación de las exposiciones y necesidades
502	Desarrollo inadecuado de normas para coordinación con quienes diseñan el proceso
503	Desarrollo inadecuado de normas para compromiso con el trabajador
504	Desarrollo inadecuado de normas para estándares, procedimientos, o reglas inconsistentes
505	Comunicación inadecuada de las normas de publicación
506	Comunicación inadecuada de las normas de distribución
507	Comunicación inadecuada de las normas de adaptación a las lenguas respectivas
508	Comunicación inadecuada de las normas de entrenamiento
509	Comunicación inadecuada de las normas de reforzamiento mediante afiche, código de colores y ayudas para el trabajo
510	Manutención inadecuada de las normas de seguimiento al flujo de trabajo
511	Manutención inadecuada de las normas de actualización
512	Manutención inadecuada de las normas de control de uso de normas, procedimientos o reglamentos

### USO O DESGASTE

601	Planificación inadecuada del uso
602	Prolongación excesiva de la vida útil del elemento
603	Inspección o control deficientes
604	Sobrecarga o proporción de uso excesivo
605	Manutención deficiente
606	Empleo del elemento por personas no calificadas o sin preparación
607	Empleo inadecuado para otros propósitos

### ABUSO O MALTRATO

701	Permitidos por la supervisión intencionalmente
702	Permitidos por la supervisión no intencionalmente
703	No permitidos por a supervisión intencionalmente
704	No permitidos por la supervisión no intencionalmente

### RESUMEN FACTORES PERSONALES

000	Capacidad física o fisiológica inadecuada
100	Capacidad mental o psicológica inadecuada
200	Tensión física o fisiológica
300	Tensión mental o física
400	Falta de conocimientos
500	Falta de habilidad
600	Motivación deficiente

### RESUMEN FACTORES DEL TRABAJO

000	Supervisión y Liderazgo deficiente
100	Ingeniería inadecuada
200	Deficiencia en las adquisiciones
300	Mantenimiento deficiente
400	Herramientas y equipos inadecuados
500	Estándares deficientes de trabajo
600	Uso y desgaste
700	Abuso o maltrato

**TABLA DE CODIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO  
GTC 3701**

**CODIFICACIÓN DE LAS CAUSAS INMEDIATAS (Actos subestándar y Condiciones subestándar)**

<b>Acto Inseguro</b>	
<b>05 LIMPIEZA EQUIPO EN MOVIMIENTO</b>	
051	Reparar equipos bajo presión
052	Limpiar o hacer mantenimiento a equipos en movimiento
056	Soldar tanques o recipientes sin eliminar previamente gases o sustancias peligrosas
057	Trabajar en equipos cargados eléctricamente
059	Mantenimiento inseguro de equipo no especificado en otra parte
<b>10 OMITIR USO EQUIPO DE PROTECCION</b>	
100	Omitir el uso de elementos de protección personal disponible
150	Omitir el uso de atuendo personal seguro
<b>20 NO ASEGURAR</b>	
201	No cerrar, bloquear o asegurar vehículos, interruptores, válvulas, prensas, herramientas, equipos y máquinas contra movimientos inesperados o flujos de fluidos.
202	Dejar de cerrar, detener o desconectar equipos que no estén en uso
203	Omitir la colocación de avisos, señales o tarjetas de prevención
205	Soltar o mover pesos sin dar aviso o advertir
207	Iniciar o parar vehículos o equipos sin dar aviso adecuado
209	No asegurar o no advertir sin especificar
<b>25 BROMAS</b>	
250	Bromas o juegos pesados
<b>30 USO IMPROPIO DE EQUIPO</b>	
301	Uso de material o equipo de una manera para la cual no está indicado.
305	Recargar de peso (vehículos, andamios, etc)
309	Otro uso impropio de equipo no especificado en otra parte
<b>35 USO IMPROPIO MANOS</b>	
353	Agarrar inseguramente
355	Agarrar los objetos en forma errada
356	Usar las manos en lugar de las herramientas manuales
359	Uso impropio de las manos o partes del cuerpo no especificado en otra parte
<b>40 FALTA DE ATENCION</b>	
400	Falta de atención al piso o a las vecindades
<b>45 HACER INOPERANTE DISPOSITIVO SEGURIDAD</b>	
452	Bloquear, tapar, atar, etc, los dispositivos de seguridad
453	Desconectar o quitar los dispositivos de seguridad
454	Colocar mal los dispositivos de seguridad
456	Reemplazar los dispositivos de seguridad por otros impropios
459	Hacer inoperantes los dispositivos de seguridad no especificado en otra parte
<b>50 OPERAR VELOCIDADES INSEGURAS</b>	
502	Alimentar o suministrar muy rápidamente
503	Saltar desde partes elevadas
505	Operar los vehículos a velocidad insegura
506	Correr
508	Lanzar material en lugar de cargarlo o pasarlo
509	Operar a velocidad insegura no especificado en otra parte
<b>55 ADOPTAR POSICION INSEGURA</b>	
552	Entrar en tanques o espacios sin eliminar antes gases o sustancias peligrosas
555	Viajar en posición insegura
556	Exponerse innecesariamente bajo cargas suspendidas
557	Exponerse innecesariamente a cargas oscilantes
558	Exponerse innecesariamente a equipos que se mueven
559	Adoptar posición o postura insegura no especificado en otra parte
<b>60 ERRORES CONDUCCION</b>	
601	Conducir demasiado rápido o demasiado despacio
602	Entrar o salir del vehículo por el lado del tránsito
603	No hacer la señal cuando se para, se voltea o retrocede
604	No otorgar el derecho a la vía
605	No obedecer las señales o signos de control del tránsito
606	No guardar la distancia
607	Pasar impropriamente
608	Voltear impropriamente
609	Errores de conducción no especificados en otra parte
<b>65 COLOCAR INSEGURAMENTE</b>	
653	Injectar, mezclar o combinar una sustancia con otra, de manera que se produce explosión, fuego u otro riesgo
655	Colocación insegura de vehículos o de equipo para el movimiento de materiales
657	Colocación insegura de materiales, herramientas, desechos
659	Colocar, mezclar, combinar inseguramente no especificado en otra parte
<b>75 USAR EQUIPO INSEGURO</b>	
750	Usar equipo inseguro
<b>90 ACTO INSEGURO N. E</b>	
900	Acto inseguro no especificado en otra parte
998	NINGUN ACTO INSEGURO
999	SIN CLASIFICAR, datos insuficientes

<b>RESUMEN Acto Inseguro</b>	
050	Mantenimiento a equipo activado
200	No asegurar o no advertir
250	Bromas o juegos pesados
300	Uso impropio del equipo
350	Uso impropio de manos o parte del cuerpo
400	Falta de atención a condiciones del piso o las vecindades
450	Hacer inoperantes los dispositivos de seguridad
500	Operar y trabajar a velocidad insegura
550	Adoptar posición o postura insegura
600	Errores de conducción
650	Colocar, mezclar, combinar inseguramente
750	Usar equipo inseguro
900	Acto inseguro sin especificar

<b>Condición Ambiental Peligrosa</b>	
<b>0 DEFECTO AGENTES</b>	
001	Agente elaborado con material defectuoso
005	Agente Romo, obtuso, embotado
010	Agente impropriamente elaborado
015	Agente impropriamente diseñado
020	Agente áspero, tosco
025	Agente agudo, cortante
030	Agente resbaloso
035	Agente desgastado, cuarteado, raído roto
099	Agente defectuoso sin especificar defecto

<b>1 RIESGOS POR LA ROPA</b>	
110	Carencia de equipo o vestuario
113	Ropa impropia o inadecuada
199	Riesgo de ropa o vestuario no especificado

<b>2 RIESGOS AMBIENTALES</b>	
205	R. ambiental Ruido excesivo
210	R. ambiental Espacios de pasillo, salida, inadecuado
220	R. ambiental Espacio insuficiente para el movimiento de personas
230	R. ambiental Control inadecuado del tránsito
240	R. ambiental Ventilación inadecuada
250	R. ambiental Espacio de trabajo insuficiente
260	R. ambiental Iluminación inadecuada
299	Riesgos ambientales no especificados en otra parte

<b>3 METODOS PELIGROSOS</b>	
310	M. Peligrosos Uso de material o equipo inherente peligroso (no defectuoso)
320	M. Peligrosos Uso de métodos y procedimientos inherentemente peligrosos
330	M. Peligrosos Uso de herramientas o equipo inadecuado o impropio
340	M. Peligrosos Ayuda inadecuada para levantar cosas pesadas
350	M. Peligrosos Ubicación impropia del personal
399	Métodos y procedimientos peligrosos no especificados en otra parte

<b>4 RIESGOS COLOCACION</b>	
410	R. Colocación impropriamente apilado
420	R. Colocación Inadecuadamente colocado
430	R. Colocación Inadecuadamente asegurado contra movimientos inesperados

<b>5 INADECUADA PROTEGIDO</b>	
510	Sin protección (riesgos mecánicos o físicos)
520	Inadecuadamente protegido (riesgos mecánicos o físicos)
530	Carencia o inadecuado apuntalamiento o entibación
550	Sin conexión a tierra (Riesgo eléctrico)
560	Conexiones eléctricas sin aislamiento
570	Sin protección (Radiaciones)
580	Inadecuadamente protegido (Radiación)
590	Materiales sin rótulo o inadecuadamente rotulados
599	Inadecuadamente protegido no especificado en otra parte

<b>6 RIESGOS AMBIENTALES</b>	
610	Predios def de extra
620	Materiales o equipos defectuosos de extraños
630	Otros riesgos asociados con la propiedad o operaciones de extraños
640	Riesgos naturales

<b>7 RIESGOS PUBLICOS</b>	
710	Riesgos del transporte público
720	Riesgos del tránsito
780	Otros riesgos públicos
980	Condiciones peligrosas no especificadas en otra parte
990	Indeterminada por información insuficiente
999	No hay condición ambiental peligrosa

<b>RESUMEN Condición Ambiental Peligrosa</b>	
000	Defectos de los agentes
100	Riesgos de la ropa o vestuario
200	Riesgos ambientales
300	Métodos o procedimientos peligrosos
400	Riesgos de colocación o emplazamiento
500	Inadecuadamente protegido
600	Riesgos naturales o dependientes de extraños
700	Riesgos públicos
900	Condiciones peligrosas indeterminadas, mal definidas o ninguna

**INSTRUCTIVO PARA EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE  
INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO**  
(Resolución 1401 de 2007 del Ministerio de la Protección Social)

**I. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN:**

Marque con una (X) en la investigación corresponde a un incidente o accidente de trabajo.  
Si fue un accidente de trabajo, especifique y que grado de severidad tuvo; es decir, si fue LEVE, GRAVE o MORTAL.

**Fecha de investigación:** Especificar la fecha de realización de la investigación. Recuerde que la investigación de todo accidente de trabajo o incidente debe hacerse entre los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento. Entre más pronto se realice la investigación se garantiza mayor precisión en la información.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se realiza la investigación.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se realiza la investigación.

**Dirección:** Escriba la dirección de donde se realiza la investigación.

**(Se recomienda realizar la investigación en el mismo sitio donde ocurrió el evento).**

**Hora en que se realizó la investigación:** Especifique de qué hora a qué hora se realizó la investigación.

**Responsable de la investigación:** Escriba el nombre de la persona responsable de realizar la investigación y diligenciar el formato de la investigación.

**Material Audiovisual Anexo:** Indique cuantas fotografías, videos, cintas de audio ilustraciones, u otros materiales audiovisuales se utilizaron como soporte y apoyo a la investigación. Se recomienda tomar todo el material audiovisual posible en un momento oportuno posterior al accidente o incidente, para contar con información más precisa y detallada. Si se cuenta con cintas de seguridad que hayan tomado el momento exacto de la ocurrencia del evento es ideal soportar la investigación en este material.

**II. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA**

**Tipo de vinculador laboral:** Especificar que tipo de vinculador existente, si es un (1) empleador, (2) contratante o (3) cooperativa.

**Nombre de la actividad económica principal:** Mencione la actividad económica a la que pertenece el empleador, contratante o cooperativa, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

**Código:** Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos profesionales, se deberá anotar el código de la actividad económica del empleador o contratante, de acuerdo con lo dispuesto en la clasificación de actividades económicas vigente.

**Nombre o razón social:** Escriba el nombre o razón social que identifica al empleador, contratante o cooperativa.

**Tipo de identificación:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del empleador o contratante y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **NI**= Nit, **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nui o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Dirección:** Escriba la dirección de la sede principal del empleador o contratante.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico de la sede principal del empleador o contratante.

**Fax:** Escriba el número de fax de la sede principal del empleador o contratante.

**Correo electrónico (e-mail):** Anote el correo electrónico del representante del empleador o contratante, o de su delegado.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede principal del empleador o contratante ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto-Rural ( R ).

**Centro de trabajo donde labora el trabajador:** Se refiere a los datos correspondientes al lugar donde labora el trabajador. En el espacio de Código la administradora de riesgos profesionales anotará el número de código así: 1 si el centro de trabajo es único o corresponde a la misma sede principal; 2 al primer centro de trabajo establecido en la afiliación, diferente al anterior; 3 al segundo establecido y así sucesivamente, según el caso. Indicar en la casilla correspondientes si o no los datos del centro de trabajo corresponden a la sede principal. En caso negativo se deberán diligenciar las casillas correspondientes a la información sobre el centro de trabajo que corresponda.

**Nombre de la actividad económica del centro de trabajo:** Actividad económica a que pertenece el centro de trabajo donde labora el trabajador o donde se encuentra en misión, la cual debe estar relacionada con la tabla de actividades económicas vigente para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

**Código de la actividad económica del centro de trabajo:** Espacio que debe ser diligenciado únicamente por la entidad administradora de riesgos profesionales.

**Dirección:** Escriba la dirección de la sede donde se encuentra ubicado el centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador.

**Fax:** Escriba el número de fax de la sede o del centro de trabajo en el cual labora el trabajador .

**Correo electrónico (e-mail):** Correo electrónico de contacto de la empresa. Preferiblemente el correspondiente al área de Recursos humanos, gestión humana, Salud Ocupacional o quien haga sus veces.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la sede del centro de trabajo donde labora el trabajador. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra ubicada la sede donde labora el trabajador, ya sea cabecera municipal-Urbana (U) y Resto-Rural ( R ).

### III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE TUVO EL ACCIDENTE DE TRABAJO O INCIDENTE

**Tipo de vinculación:** Marque con una X la casilla correspondiente, según el tipo de vinculación del trabajador, así: (1) planta, (2) en misión, (3) cooperado, (4) estudiante o aprendiz, (5) Independiente. Cuando se trate de trabajador independiente, se deberá anotar el código correspondiente a la actividad económica que desarrolla y debe ser diligenciado por la entidad administradora de riesgos profesionales en el espacio sombreado.

Se entenderá como trabajador de planta aquel que tiene vinculación directa con la empresa y como trabajador en misión aquel que es suministrado por una empresa temporal.

Se entenderá como trabajador independiente a toda persona natural que preste sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo, mediante contratos de carácter civil, comercial o administrativo, distinto del laboral. Se entenderá como cooperado aquel que se encuentra asociado a una cooperativa de trabajo asociado.

**Apellidos y nombres completos:** Especifique los apellidos y nombres del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente, en orden de primer y segundo apellido, primer y segundo nombre.

**Tipo de identificación:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente y en el espacio No. escriba el número correspondiente al tipo de documento que identifica al trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente. Se entiende CC= cédula de ciudadanía, CE= cédula de extranjería, NU= Nuij número único de identificación personal, TI= Tarjeta de identidad, PA= pasaporte.

**Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha correspondiente, en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Género:** Marque con una X la casilla correspondiente, M= si el trabajador es masculino o F= si es femenino.

**EPS a la que está afiliado:** Hace referencia a la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliado el trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente.

**Código EPS:** Anote el código establecido por la Superintendencia Nacional de Salud para la entidad promotora de salud correspondiente.

**ARP a la que está afiliado:** Hace referencia a la administradora de riesgos profesionales a la que se encuentra afiliado el empleador o trabajador independiente, según el caso, al momento de ocurrencia del accidente de trabajo o incidente que se investiga.

**Código ARP:** Anote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la administradora de riesgos profesionales correspondiente.

**AFP a la que está afiliado:** Marque con una X en la casilla correspondiente si se trata o no del Seguro Social. En caso negativo, mencione la administradora de fondos de pensiones a la que se encuentra afiliado el trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente.

**Código AFP:** Anote el código establecido por la Superintendencia Bancaria para la administradora de fondos de pensiones o Seguro Social, según corresponda.

**Dirección:** Escriba la dirección de la residencia permanente del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente.

**Teléfono:** Escriba el número telefónico permanente del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente.

**Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la residencia permanente del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente. En el espacio sombreado, la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde se encuentra la residencia del trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente, cabecera municipal - Urbana ( U ) y Resto- Rural ( R ).

**Cargo:** Cargo que el trabajador desempeña para el empleador o contratante, según contrato de trabajo.

**Ocupación habitual:** Hace referencia al oficio o profesión que generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas por el trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente

**Código de Ocupación habitual:** Espacio para ser diligenciado por la administradora de riesgos profesionales, según la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO - 88, hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Fecha de ingreso a la empresa:** Hace referencia al día, mes y año en que se vinculó a la empresa el trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente

**Tiempo en la Ocupación:** Especifique el tiempo, que el trabajador tiene desempeñando la actividad que le provocó el evento no deseado. (Independientemente de haber tenido la experiencia en otros lugares diferentes a la empresa actual).

**Antigüedad en el cargo:** Especifique el tiempo, que el trabajador involucrado en el evento lleva desempeñando el cargo.

**Jornada de Trabajo habitual:** Marque con una X la casilla correspondiente a la jornada de trabajo que normalmente desempeña el trabajador involucrado en el accidente de trabajo o incidente, (1) diurno, (2) nocturno, (3) Mixto (ocupa ambas jornadas o se trata de jornada intermedia) o (4) por turnos, incluye turnos a disponibilidad.

**Salario u honorarios:** Indique el valor del salario mensual que recibe el trabajador al momento de ocurrencia del accidente o incidente o de los honorarios (mensuales) cuando se trate de trabajadores independientes, según el caso.

**IPS que atendió al trabajador:** Mencione el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que atendió al trabajador en los casos de accidentes de trabajo.

**Fecha de muerte del Trabajador:** Escriba la fecha de muerte del trabajador, si la muerte fue ocasionada por el Accidente de trabajo.

### IV. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE O INCIDENTE

**Fecha de ocurrencia:** Escriba la fecha en que ocurrió el accidente o incidente de trabajo en el orden en que se especifica en el formato (día, mes, año).

**Hora de ocurrencia:** Escriba la hora en que ocurrió el accidente, en el orden como se especifica en el formato, hora y minutos, (de 0 a 23 horas).

**Día de la semana en que ocurrió el AT o Incidente accidente:** Marque con una X la casilla correspondiente

al día de la semana en que ocurrió el accidente de trabajo o incidente, así:

LU= Lunes MA= Martes MI= Miércoles JU= Jueves VI= Viernes SA= Sábado DO= Domingo.

**Jornada en que sucede:** Marque con una X la casilla correspondiente, (1) normal si el trabajador al momento del accidente o incidente se encontraba laborando dentro de la jornada ordinaria, o (2) extra si se encontraba en tiempo extra o suplementario.

**Estaba realizando su labor habitual:** Marque con una X (1) SI ó (2) NO, según corresponda, si el trabajador realizaba o no su labor habitual (a la que se refiere en este formato en el ítem de identificación) al momento de ocurrir el accidente. Registre en el espacio correspondiente cuál labor realizaba si no era la habitual. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales deberá indicar el código correspondiente.

**Tipo de Accidente o incidente:** Marque con una X la casilla correspondiente a las circunstancias del accidente o incidente según las categorías que se presentan en el formato. 1- Violencia, 2- Tránsito, 3- Deportivo, 4- Recreativo o cultural, 5- Propias del trabajo. Se consideran propios del trabajo aquellos ocurridos durante la ejecución de funciones asignadas u órdenes del empleador y aquellas que no se encuentran en las demás categorías incluidas en este ítem.

**Especifique:** Mencione detalles sobre el tipo de accidente o incidente que considere relevantes para la investigación.

**Departamento del accidente o incidente:** Escriba el nombre del departamento donde ocurrió el accidente o incidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese departamento según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Municipio del accidente o incidente:** Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el accidente o incidente. En el espacio sombreado la administradora de riesgos profesionales anotará el código correspondiente a ese municipio según clasificación del DANE (DIVIPOLA), hasta tanto sea definida por el Ministerio de la Protección Social para el Sistema de Información.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la zona donde ocurrió el accidente o incidente de trabajo, ya sea cabecera municipal- Urbana (U) y Resto-Rural (R).

**Tiempo laborado previo al Accidente de Trabajo o Incidente:** Especifique cuantas horas y minutos de trabajo alcanzó a realizar el trabajador involucrado en el evento.

**Lugar donde ocurrió el accidente o incidente:** Marque con una X la casilla correspondiente, si el accidente o incidente en el cual esta involucrado el trabajador se produjo (1) dentro ó (2) fuera de la empresa. Posteriormente marque con una X en que lugar, de los listados en el formato, ocurrió el accidente o incidente de trabajo. Si el sitio de ocurrencia no corresponde a ninguno de los expuestos en el formulario, marque con una X otro y especifique el sitio donde ocurrió. Si se trata de lugares fuera de la empresa pero coinciden con el tipo de lugar que se encuentra listado, se marcará igualmente la casilla correspondiente.

**(1) Almacenes o depósitos:** Hace referencia a las áreas locativas que sirven como almacén o depósito de materias primas, insumos, herramientas etc.

**(2) Áreas de producción:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrolla el proceso productivo de la empresa. Incluye talleres, instalaciones al aire libre, superficies de extracción, socavones, locales de aseo, andamios o grúas, laboratorios, cultivos, área de producción de servicios, patios de labor, etc.

**(3) Áreas recreativas o deportivas:** Hace referencia a las áreas de la empresa en las cuales se desarrollan actividades recreativas o deportivas.

**(4) Corredores o pasillos:** Hace referencia a las áreas comunes dentro de la empresa en las que no se desarrolla el proceso productivo pero en las cuales circulan los trabajadores para su acceso, salida, o entre cada una de ellas.

**(5) Escaleras:** Hace referencia a escaleras fijas, aquellas que hacen parte de la estructura o construcción como área común. Se excluyen escaleras móviles.

**(6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular:** Hace referencia a las áreas en las cuales se realiza el parqueo o circulación vehicular de carros o mecanismos de transporte pertenecientes o no a la planta de personal, visitantes o aquellos relacionados con el proceso productivo o en general, cuando se trata de lugares fuera de la empresa.

**(7) Oficinas:** Hace referencia a las instalaciones donde funciona la parte administrativa de la empresa. Incluye despachos.

**(8) Otras Áreas comunes:** Hace referencia a las áreas en las cuales no se desarrolla el proceso pero que están dentro de la empresa. Incluye estructuras, comedores y cocinas, techos y baños. Excluye los pasillos o corredores, escaleras, áreasrecreativas y parqueaderos o áreas de circulación vehicular.

**(9) Otro:** Marque con una X esta opción cuando el lugar en el que ocurrió el accidente o incidente de trabajo no corresponda a ninguna de las opciones presentadas en el listado. Indicar el nombre del lugar en el espacio correspondiente.

**Especifique:** Mencione detalles sobre el lugar de ocurrencia del accidente o incidente de trabajo que considere relevantes para la investigación.

## V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE

**Descripción del Accidente o incidente:** Describa detalladamente cómo y porqué sucedió el accidente o incidente.

**Habían ocurrido eventos similares anteriormente:** Seleccione si o no habían ocurrido anteriormente eventos con características semejantes al investigado.

**Se había considerado como prioritaria esta condición en el panorama de riesgos:** Marque si o no se había considerado la condición que produjo este accidente o incidente de trabajo, como prioritaria en el panorama de riesgos. Si no se cuenta con un Panorama de Riesgos, seleccione esta opción y se recomienda empezar a desarrollarlo.

**El evento similar fue investigado:** Marque si o no se realizó una investigación del evento similar al objeto de la investigación actual.

**El evento anterior fue reportado:** Marque si o no el evento anterior fue reportado ante la Administradora de Riesgos Profesionales.

**Información del reporte del accidente: (No aplica para incidentes)**

**Fecha del reporte del accidente:** Indique la fecha en que fue radicado ante la Administradora de Riesgos Profesionales el Formato de reporte de Accidente de Trabajo, a través de cualquier medio autorizado por la administradora.

**Reporte Extemporáneo:** Indique si el reporte de accidente de trabajo fue radicado de manera extemporánea, es decir después de los dos días de ocurrencia del mismo, ante la Administradora de Riesgos Profesionales. Marque la fecha de reporte extemporáneo.

**Se anexa reporte:** Indique si a este formato de investigación, se anexa el formato de reporte de Accidente de Trabajo.

**Extemporaneidad en días:** Si fue un reporte extemporáneo, especifique cuantos días transcurrieron entre la ocurrencia del Accidente y el reporte del mismo.

**Razón de la extemporaneidad:** Explique las razones por las cuales no se reportó a la Administradora de Riesgos Profesionales, el accidente, dentro de los dos días hábiles siguientes.

**Se anexa pago de aportes a la ARP:** Marque con una X si o no se anexa soporte de los pagos de aportes a la Administradora de Riesgos Profesionales del mes de ocurrencia del accidente.

**Se anexa afiliación a la ARP:** Marque con una X si o no se anexa el formato de afiliación del trabajador a la Administradora de Riesgos Profesionales.

## VI. DESCRIPCIÓN DEL AGENTE QUE PRODUJÓ EL ACCIDENTE O INCIDENTE:

**Agente:** Mencione el agente (objeto, sustancia, elemento, estructura, producto o situación) que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Material:** Mencione el material en el cual está fabricado el agente que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Peso (escriba la unidad de medida que corresponda):** Del agente que produjo el accidente o incidente de trabajo. Verifique el peso real en la ficha técnica del producto si la tiene o si no existe una manera fácil de comprobar el peso.

**Marca:** Mencione la marca del agente que produjo el accidente o incidente de trabajo. Si no tiene marca omita este ítem.

**Referencia:** Indique la referencia del producto que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Modelo:** Mencione el modelo o año de fabricación del producto (agente) que (produjo el accidente o incidente de trabajo).

**Tamaño:** Indique el tamaño del agente que produjo el accidente o incidente de trabajo, considerando las siguientes medidas Altura, ancho, volumen, profundidad (las que apliquen).

**Tiempo de uso:** Mencione el tiempo de uso del producto (agente) que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Fecha del último mantenimiento realizado:** Mencione la fecha del último mantenimiento realizado al producto o agente que produjo el accidente o incidente de trabajo. Es importante contar con los soportes que hagan constar este mantenimiento realizado.

**Explosivos:** Mencione el tipo de explosivo que produjo el accidente o incidente de trabajo (si aplica).

**Cantidad:** Cantidad de explosivo detonado que produjo el accidente o incidente de trabajo e.

**Gases:** Sustancias gaseosas que produjeron el accidente o incidente de trabajo o que intervinieron en los efectos del mismo.

**Cantidad:** Cantidad del gas o gases que se presentaron en el momento del accidente o incidente de trabajo.

**Temperatura:** Temperatura extrema a la estuvo expuesto el trabajador y que produjo el accidente o incidente de trabajo. Utilizar la unidad de medida adecuada para cada caso.

**Sustancia:** Mencione la sustancia que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Cantidad:** Cantidad de sustancia que produjo el accidente o incidente de trabajo.

**Voltaje eléctrico:** Cantidad de voltaje eléctrico al que estuvo expuesto el trabajador y que produjo el accidente o incidente de trabajo. También voltaje eléctrico al que funciona la maquinaria si esta fue el agente del accidente o incidente de trabajo.

**Detalles adicionales:** Información que se considera relevante adicionar sobre el agente del accidente o incidente de trabajo.

### ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:

Indique si el trabajador estaba utilizando correctamente todos los elementos de protección personal en el momento del accidente o incidente de trabajo. Marque con una X los elementos de protección personal que el trabajador debe utilizar para la labor que desempeñaba en el momento del accidente o incidente de trabajo.

Marque con una X los elementos de protección personal que el trabajador estaba utilizando en el momento del accidente o incidente de trabajo.

**Observaciones:** Información adicional que se considere relevante sobre los elementos de protección personal con respecto a este accidente o incidente de trabajo.

## AGENTES EXTERNOS QUE PUDIERON INCIDIR EN EL ACCIDENTE O INCIDENTE

**Última vez que el trabajador consumió licor antes del accidente o incidente de trabajo:** Indique el tiempo en horas transcurrido entre la última vez que el trabajador consumió licor y la ocurrencia del accidente o incidente.

**Medicamentos que consume o debe consumir el trabajador:** Indique los medicamentos que consume o debe consumir el trabajador, con frecuencia o casualmente.

**El trabajador consume sustancias que alteran el sistema nervioso:** Indique si el trabajador consume sustancia que alteran el sistema nervioso.

**El trabajador tiene otro trabajo adicional:** Indique si el trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo tiene otro trabajo adicional, aparte del desarrollado para el empleador que está realizando esta investigación.

**Horas que durmió el trabajador antes del accidente o incidente de trabajo:** Indique cuantas horas durmió el trabajador antes de la ocurrencia del accidente o incidente de trabajo.

## VII. CARACTERIZACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (No aplica para Incidentes)

(Ver tabla de codificación Normas Ansí Z-16.1 y Z-16.2 Pags. 10,11,12,13 y 14)

1. **Tipo de lesión (naturaleza):** Indique la descripción y el código correspondiente.
2. **Parte del cuerpo afectada:** Indique la descripción y el código correspondiente.
3. **Agente del accidente:** Indique la descripción y el código correspondiente.
4. **Mecanismos del accidente:** Indique la descripción y el código correspondiente.

## VIII. CLASE DE ACCIDENTE O INCIDENTE Y SOPORTES (No aplica para Incidentes)

**Accidente o Incidente tipo Deportivo:**

**¿Qué actividad desarrollaba?:** Mencione la actividad deportiva o de recreación que realizaba el trabajador en el momento del accidente o incidente de trabajo.

**Hacia parte del equipo de la empresa:** Indique si o no, el trabajador pertenecía al equipo de la empresa para las prácticas deportivas.

**Anexo Certificado empresarial:** Indique si se anexa el certificado de esta representación deportiva de la empresa a nivel deportivo o el informe a la ARP del desarrollo de la actividad deportiva objeto del a investigación.

**Accidente o Incidente de tránsito o con vehículos involucrados:**

**Propiedad del vehículo:** Indique a quien pertenece el vehículo en el cual se produjo el accidente o incidente de trabajo. Elija una de las opciones según corresponda, Empresa, Contratado, subsidiado otro (especifique en el caso de ser otro).

**Condición del trabajador involucrado:** Indique la condición del trabajador involucrado en el accidente o incidente de tránsito, marque la opción que corresponda, Patrón, Conductor, Pasajero, Otro (especifique si es otro).

**Tipo de vehículo:** Marque con una X la opción que corresponda al tipo de vehículo, Carro, Moto, Bicicleta, Otro, especifique si es otro diferente.

**Anexos para accidentes de tránsito:**

Marque con una X si o no anexa los siguientes soportes o documentos para accidentes de tránsito. (Aplica sólo para accidentes).

**Informe de tránsito:** Informe del accidente de tránsito.

**Tarjeta de propiedad:** Tarjeta de propiedad del vehículo.

**Croquis de levantamiento de accidente de tránsito:** Croquis del levantamiento del accidente de tránsito.

**Contrato de prestación de servicios:** Para el servicio de transporte o conductor. (si aplica).

**Certificado de subsidio de mantenimiento:** Si se suministra subsidio de mantenimiento para vehículos por parte del empleador o proveedora del servicio de transporte.

**Copia del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito:** (SOAT): Copia del seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

**Accidente Mortal (sólo para Accidentes Mortales):**

**Acta de defunción:** Marque una X si o no se anexa acta de defunción del trabajador accidentado si el accidente causo la muerte.

**Informe de Fiscalía:** Marque con una X si o no se anexa informe de Fiscalía del accidente mortal.

**IX. TESTIMONIOS Y DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO SEGÚN PERSONAS QUE LO PRESENCIARON**

**Número de personas que presenciaron el Accidente:** Marque o escriba el número de personas que presenciaron o vieron el accidente.

**Trabajador Involucrado:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador afectado y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **NI=** Nit, **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo.

**Firma:** Firma del trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo.

En el espacio inferior escribir el testimonio del trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo

**Testigo 1 y 2:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de los testigos y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **NI=** Nit, **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del o los testigos que presenciaron o vieron el accidente o incidente de Trabajo.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña cada testigo que presenció el accidente o incidente de trabajo.

**Firma:** Firmas de los testigos.

En el espacio inferior escribir el testimonio de los testigos que presenciaron o vieron el accidente.

**Si considera necesario incluir más testimonios o mayores detalles puede utilizar la hoja anexa en la página No. 8**

**X. ANÁLISIS DEL GRUPO INVESTIGADOR:****Jefe inmediato o supervisor:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de jefe inmediato o supervisor y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del jefe inmediato o supervisor del trabajador o área de trabajo donde labora el trabajador.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el jefe inmediato o supervisor del trabajador involucrado en el accidente o incidente de trabajo.

**Firma:** Firma del jefe inmediato o supervisor.

**En el espacio inferior escribir el testimonio del Jefe inmediato o supervisor.**

**Integrante del COPASO o Vigía:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del integrante del Copaso o vigía y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del integrante del Copaso o vigía.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el integrante del Copaso o vigía.

**Firma:** Firma del integrante del Copaso o vigía.

**En el espacio inferior escribir el testimonio del Integrante del COPASO o Vigía.**

**Encargado del P.S.O. (Programa de Salud Ocupacional):**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del integrante del encargado del Programa de Salud Ocupacional y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del encargado del Programa de Salud Ocupacional.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el encargado del Programa de Salud Ocupacional

**Firma:** Firma del encargado del Programa de Salud Ocupacional.

En el espacio inferior escribir el testimonio del encargado del Programa de Salud Ocupacional.

### **Brigadista de emergencias:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del integrante brigadista de emergencias y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuiip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del brigadista de emergencias.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el encargado brigadista de emergencias.

**Firma:** Firma del encargado del brigadista de emergencias.

**En el espacio inferior escribir el testimonio del encargado brigadista de emergencias.**

## **XI. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS ESPECIALIZADO**

**Recuerde que el análisis especializado es obligatorio para accidentes mortales y Graves y es opcional para otro tipo de accidentes o incidentes.**

### **Especialista:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del especialista en Salud Ocupacional y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuiip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del especialista en Salud Ocupacional encargado de la investigación.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña especialista en Salud Ocupacional.

**Firma:** Firma del especialista en Salud Ocupacional.

**Licencia en Salud Ocupacional:** Anote el número de licencia en Salud Ocupacional del especialista que participa en la investigación.

**Empresa que representa:** Nombre de la empresa que representa el especialista en Salud Ocupacional que participa en la investigación.

**En el espacio inferior escribir el testimonio del especialista en Salud Ocupacional.**

### **Persona Responsable del Informe:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de la Persona Responsable del Informe, y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC=** cédula de ciudadanía, **CE=** cédula de extranjería, **NU=** Nuiip o número único de identificación personal, **PA=** pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo de la Persona Responsable del Informe.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña la Persona Responsable del Informe.

**Firma:** Firma de la Persona Responsable del Informe. (Se recomienda que el encargado del informe sea el encargado del Programa de Salud Ocupacional o en su defecto un integrante del Copaso).

## **XII. ANÁLISIS DE CAUSALIDAD**

**(Ver tabla de codificación de Accidentes de Trabajo GTC 3701) Pags. 15 y 16)**

**Es importante basarse en esta tabla para hacer un adecuado análisis de causalidad del accidente investigado.**

Esta parte del informe hace referencia a la relación de las causas básicas e inmediatas del accidente de trabajo, con sus respectivos factores de trabajo, factores personales, actos subestandar y ambientales subestandar.

Marque con una X las opciones que correspondan la descripción y los códigos de cada una de las opciones que apliquen al accidente objeto de la investigación.

## **XIII. CONCLUSIONES GENERALES**

**Conclusiones Generales:** En este espacio escriba unas conclusiones breves sobre el accidente o incidente de trabajo considerando toda la información obtenida durante el proceso de investigación.

## **XIV. LA EMPRESA SE COMPROMETE A ADOPTAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN**

### **Para las causas inmediatas:**

Teniendo en cuenta las causas inmediatas del accidente o incidente de trabajo ocurrido, (identificadas en el punto XI) enumere las siguientes medidas de intervención las cuales se compromete la empresa a adoptar para evitar futuros accidente o incidente de trabajo similares.

**Acciones correctivas:** Son las acciones o medidas a tomar para corregir las causas inmediatas, directamente relacionadas con el accidente o incidente de trabajo ocurrido.

**Fecha de aplicación:** Fecha en la cual se compromete la empresa a implementar estas medidas correctivas.

**Responsable:** Persona o funcionario responsable de implementar estas acciones Correctivas en la fuente, en el medio y en el trabajadores respectivamente.

**Cumplimiento:** Se debe hacer un seguimiento, para verificar que se ha cumplido con los compromisos adquiridos; después de las fechas establecidas para el cumplimiento de las medidas de intervención. Se verifica si o no se cumplió con las medidas de intervención y se hacen observaciones sobre los resultados o se explican las razones del incumplimiento, en caso de ser necesario.

**Acciones preventivas:** Son las acciones a tomar para evitar la ocurrencia de futuros accidente o incidente de trabajo similares, interviniendo todos los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia del accidente o incidente de trabajo.

**Fecha de aplicación:** Fecha en la cual se compromete la empresa en implementar estas medidas preventivas.

**Responsable:** Persona o funcionario responsable de implementar estas acciones preventivas en la fuente, en el medio y en el trabajador. respectivamente.

**Cumplimiento:** Se debe hacer un seguimiento, para verificar que se ha cumplido con los compromisos adquiridos; después de las fechas establecidas para el cumplimiento de las medidas de intervención. Se verifica si o no se cumplió con las medidas de intervención y se hacen observaciones sobre los resultados o se explican las razones del incumplimiento, en caso de ser necesario.

### **Para las causas básicas:**

Teniendo en cuenta las causas básicas del accidente ocurrido, (identificadas en el punto XI) enumere las siguientes medidas de intervención las cuales se compromete la empresa a adoptar para prevenir futuros accidentes similares.

**Acciones correctivas:** Son las acciones o medidas a tomar para corregir las causas básicas, directamente relacionadas con el accidente ocurrido.

**Fecha de aplicación:** Fecha en la cual se compromete la empresa en implementar estas medidas preventivas.

**Responsable:** Persona o funcionario responsable de implementar estas acciones preventivas, en el medio, en la fuente y en el trabajador respectivamente.

**Cumplimiento:** Se debe hacer un seguimiento, para verificar que se ha cumplido con los compromisos adquiridos; después de la fecha establecida para la implementación, se verifica si o no se cumplió con la medida de intervención y se hacen observaciones sobre los resultados o se explican las razones del incumplimiento.

**Acciones preventivas:** Son las acciones a tomar para evitar la ocurrencia de futuros accidentes similares, interviniendo todos los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia del accidente.

**Fecha de aplicación:** Fecha en la cual se compromete la empresa en implementar estas medidas preventivas.

**Responsable:** Persona o funcionario responsable de implementar estas acciones preventivas.

**Cumplimiento:** Se debe hacer un seguimiento, para verificar que se ha cumplido con los compromisos adquiridos; después de la fecha establecida para la implementación, se verifica si o no se cumplió con la medida de intervención y se hacen observaciones sobre los resultados o se explican las razones del incumplimiento.

## **XV. RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS**

### **Responsables 1-2-3 (1. En la fuente, 2. En el medio, 3. En el trabajador)**

**(Deben firmar los mismos responsables de cada intervención mencionados en la parte superior frente a cada medida de intervención).**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de cada responsable de implementar las medidas de intervención y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al responsable de implementar las medidas de intervención. Se entiende **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nuip o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo de cada responsable.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña cada responsable.

**Firma:** Firma de cada responsable.

#### **Trabajador involucrado:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del trabajador involucrado, y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica trabajador involucrado. Se entiende **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nuip o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del trabajador involucrado.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña trabajador involucrado.

**Firma:** Firma del trabajador involucrado.

#### **Representante Legal:**

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del representante legal de la empresa o empleador y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al representante legal del empleador. Se entiende **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nuip o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo del representante legal de la empresa o Empleador.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña el representante legal de la empresa o empleador.

**Firma:** Firma del representante legal de la empresa o empleador.

## **XVI. REMISION DE LA INVESTIGACION A LA ARP SEGURO SOCIAL POR PARTE DEL EMPLEADOR:**

**Fecha de remisión:** Indique la fecha en que el empleador envía copia del formato de investigación debidamente diligenciado a la Administradora de Riesgos Profesionales.

**Cantidad de hojas:** Indique la cantidad de hojas que contiene el informe de investigación.

**Relación de Anexos:** Relacione cuáles son los anexos y la cantidad.

**El empleador debe conservar una copia de este documento en la empresa, y de todos los soportes de la investigación.**

## **XVII. RECOMENDACIONES DE LA ARP (Espacio para usos exclusivo de la ARP)**

**DIA MES AÑO:** Fecha en que la ARP hace las recomendaciones.

En el espacio en blanco la ARP debe escribir sus recomendaciones sobre la investigación del accidente.

#### **Seguimiento y verificación del cumplimiento de las recomendaciones:**

**Actividades:** Actividades que la empresa debe realizar como medidas de acción ante frente el accidente investigado.

**Fechas:** Día, Mes y Año, límites en los cuales la empresa o empleador debe realizar las actividades. Es importante que la ARP acuerde estas fechas previamente con la empresa o empleador.

**Cumplimiento:** Se debe indicar si o no se cumplió con las actividades propuestas.

**Observaciones:** Observaciones que la ARP hace frente al cumplimiento de las actividades propuestas.

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación del representante de la ARP, y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **NI**= Nit, **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nuip o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Nombre del representante de la ARP:** Nombre del representante de la ARP, para la investigación del Accidente de trabajo.

**Cargo:** Cargo del representante de la ARP.

**Firma:** Firma del representante de la ARP ante la investigación del accidente de trabajo.

## **ANEXO (hoja adicional para detallar información)**

Utilice esta página para adicionar testimonios detallados de testigos, especialistas o personas que participan en la investigación del accidente. Si requiere de un número de mayor de hojas se pueden anexar fotocopias de este formato.

### **Descripción del Accidente:**

**Fecha del accidente:** Escriba el día, mes y año en que ocurrió el accidente. No es la fecha de investigación.

**Fecha de testimonio:** Ingrese el día, mes y año en que se da el testimonio.

**Tipo de documento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación de la persona que esta dando el testimonio y anote en el espacio No., el número correspondiente al tipo de documento que identifica al empleador o contratante. Se entiende **CC**= cédula de ciudadanía, **CE**= cédula de extranjería, **NU**= Nuij o número único de identificación personal, **PA**= pasaporte.

**Nombre Completo:** Escriba el nombre completo de la persona que está dando el testimonio.

**Cargo:** Mencione el cargo que desempeña la persona que está dando el testimonio.

**¿Qué, cómo, cuándo y dónde sucedió?:** Responda brevemente estas preguntas sobre el accidente objeto de la investigación.

**¿Por qué sucedió?:** Responda brevemente, pero sin omitir detalles, la razón por la cual considera que sucedió el accidente, no se requiere utilizar términos técnicos si la persona no es especialista. Se pueden utilizar palabras coloquiales si la persona que esta dando el testimonio así lo desea y le es fácil expresarlo de esta manera.

**¿Cómo se hubiera podido evitar o prevenir?:** En sus propias palabras la persona que esta dando el testimonio, debe indicar las formas en que se hubiera podido evitar que sucediera el accidente o que tuviera resultados menos graves.

**Considero importante adicionar o aclarar lo siguiente:** Comentarios adicionales que la persona que esta dando el libre testimonio considere importante aclarar.