



CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	PÁGINAS
FO 1.2 SST 15	08-11-2021	01	1 de 4

INCIDENTE: ☐

ACCIDENTE: FATAL ☐ GRAVE ☐ OTRO ☐

Fecha de la investigación: _____

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NIT o C.C.	
Actividad económica	
Clase de riesgo	
No. de accidentes último año	
Represente legal	
Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo	
Dirección	
Teléfono	
Municipio	
Departamento	

DATOS DEL TRABAJADOR:

Apellidos y Nombres	
Documento de identidad	
Tipo de documento	
Fecha de vinculación a la ARL	
Fecha de nacimiento	
Sexo	
Cargo	
Fecha de ingreso a la empresa	
Afiliación a salud (EPS)	
Afiliación a pensiones (AFP)	
Oficio que desempeñaba en el momento del evento	
Tiempo de experiencia en el oficio que desempeñaba en el momento del evento, en meses	
Tipo de vinculación	

INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO:

Fecha de ocurrencia del evento	
Hora de ocurrencia del evento	
Fecha de la muerte del trabajador	
Empresa donde ocurrió el evento	
Dirección donde ocurrió el evento (incluya municipio y departamento)	
Zona (rural o urbana)	
El oficio que ejecutaba era propio de su cargo	



CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	PÁGINAS
FO 1.2 SST 15	08-11-2021	01	2 de 4

Hora de inicio de la jornada laboral	
Se informó oportunamente el accidente de trabajo	
Tiempo que tardó en recibir atención médica desde el momento del accidente	
IPS donde recibió la atención	
Parte del cuerpo afectada	
Tipo de lesión sufrida	
Factor que originó el evento	
Total días de incapacidad hasta la fecha de la investigación	
Continúa incapacitado (Sí o no)	
Han ocurrido eventos similares (Sí o no. En caso afirmativo, ampliar detalles)	
Descripción detallada del lugar y como ocurrió el evento:	
Datos complementarios:	

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE / ACCIDENTE

Nombres y apellidos	Cargo	C. C.

Anexar versiones de los testigos (Incluir nombres completos, cargos, números de cédulas y teléfonos si es posible).

Versiones:

ENTORNO DE TRABAJO

Factores de riesgo presentes en la estación de trabajo:

Tipo	Fuente	Existe control (describir)	Contribuyó al evento

CONCLUSIONES

CAUSAS INMEDIATAS QUE DIERON ORIGEN AL ACCIDENTE

ACTOS INSEGUROS O SUBESTÁNDAR

•

CONDICIONES INSEGURAS O AMBIENTALES SUBESTÁNDAR

•

CAUSAS BÁSICAS QUE DIERON ORIGEN AL ACCIDENTE

FACTORES PERSONALES

•

FACTORES DEL TRABAJO

•



CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	PÁGINAS
FO 1.2 SST 15	08-11-2021	01	3 de 4

ANÁLISIS: Árbol de Causas

FALTA DE CONTROL	CAUSAS BÁSICAS	CAUSAS INMEDIATAS	MECANISMO O FORMA DEL AT	TIPO DE LESIÓN
	FACTORES PERSONALES	ACTOS SUB ESTÁNDAR		
	FACTORES DEL TRABAJO	CONDICIONES SUB ESTÁNDAR		

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

Recomendación	F	M	P	Responsable	Fecha para su implementación



CONTRALORÍA MUNICIPAL DE PEREIRA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE Y ACCIDENTE DE TRABAJO

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	PÁGINAS
FO 1.2 SST 15	08-11-2021	01	4 de 4

EQUIPO INVESTIGADOR

Firma _____
Nombre _____
Cargo _____

Firma _____
Nombre _____
Cargo _____

Firma _____
Nombre _____
Cargo _____

Firma _____
Nombre _____
Cargo _____

Representante Legal,
Nombre
