

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

INCIDENTE:			
ACCIDENTE:	FATAL	GRAVE	OTRO
Fecha de la inves	tigación:		
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 de evento	el		
Tiempo de experiencia en el oficio que desempeñaba en el momento del evento, meses	en		
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		 	



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 ocur	rrió 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
ĺ				

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

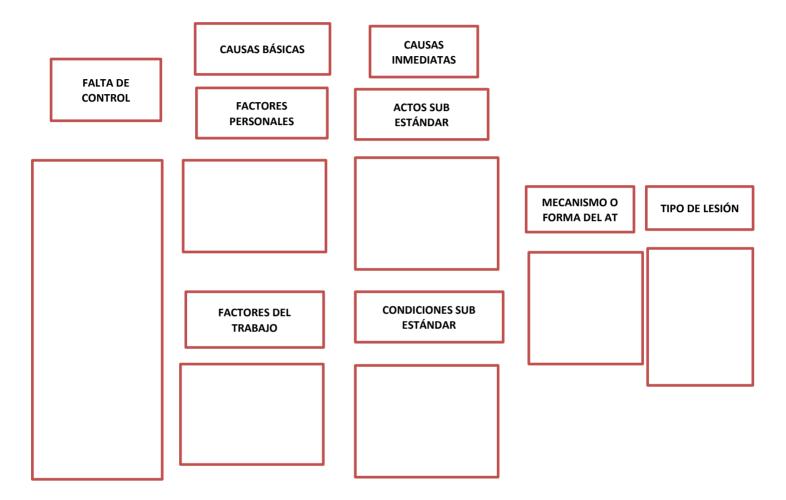
FACTORES DEL TRABAJO

•



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

ANÁLISIS: Árbol de Causas



MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

Recomendación	F	М	Р	Responsable	Fecha para su implementación



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

EQUIPO INVESTIGADOR

Firma	 Firma	
Nombre	 Nombre	
Cargo	Cargo	
Firma	Firma	
Nombre	Nombre	
Cargo	Cargo	

Representante Legal, Nombre