

<div><div>Consorcio EL OLAM</div><div><small>NIT. 901.808.804-1</small></div></div>		<div>FORMATO REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO</div>										CÓDIGO: FT-SST-029																																								
												VERSIÓN 1																																								
												FECHA OCTUBRE 2025																																								
I. DATOS GENERALES																																																				
INCIDENTE:					SIN LESION NI DAÑOS										CON DAÑO A LA PROPIEDAD										CON DAÑO AL AMBIENTE																											
ACCIDENTE:					ACCIDENTE LEVE										ACCIDENTE GRAVE										ACCIDENTE MORTAL																											
II. INFORMACION DEL PROYECTO																																																				
NOMBRE DE OFICINA/SUCURSAL/CENTRO DE TRABAJO/PROYECTO																																																				
AREA ESPECIFICA																																																				
DEPARTAMENTO/MUNICIPIO																																																				
RESPONSABLE PROYECTO																																																				
III. INFORMACIÓN GENERAL DEL INVOLUCRADO																																																				
TIPO DE VINCULACIÓN:					(1) PLANTA					(2) MISIÓN					(3) COOPERADO					(4) ESTUDIANTE O APRENDIZ					(5) INDEPENDIENTE																											
PRIMER APELLIDO										SEGUNDO APELLIDO										PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE																											
TIPO DE IDENTIFICACIÓN										NÚMERO										FECHA DE NACIMIENTO					SEXO																											
CC				CE														DD-MM-AAAA							M				F																							
CARGO / OCUPACION HABITUAL																				OCUPACION AL MOMENTO DEL ACCIDENTE / INCIDENTE																																
IV. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE/INCIDENTE																																																				
FECHA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE										HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE										DIA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE																																
DD-MM-AAAA										0-24										:					LU				MA				MI				JU				VI				SA				DO			
JORNADA EN QUE SUCEDE										ERA SU LABOR HABITUAL?										CAUSO LA MUERTE?					COSTO ESTIMADO DEL EVENTO																											
(1) NORMAL				(2) EXTRA						(1) SI				(2) NO				CUÁL?				(1) SI				(2) NO				\$																						
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE									:						TIPO DE ACCIDENTE/INCIDENTE																																					
															(1) VIOLENCIA							(2) TRÁNSITO							(3) RECREATIVO							(4) PROPIOS DEL TRABAJO																
															(5) NATURAL							(6) POR TERCEROS							(7) DEPORTIVO							(8) CULTURAL																
COMPONENTE AMBIENTAL INVOLUCRADO										AGUA										SUELO										AIRE										FAUNA/FLORA												
EPS / INVOLUCRADO															ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO																																					
AFP / INVOLUCRADO																																																				
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:					(1) DENTRO DE LA EMPRESA															(2) FUERA DE LA EMPRESA																																
INDIQUE CUÁL SITIO										TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)																																										
		(1) ALMACENES O DEPÓSITOS										(10) FRACTURA										(60) QUEMADURA																														
		(2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN										(20) LUXACIÓN										(70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA																														
		(3) ÁREAS RECREATIVAS										(25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA										(80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE																														
		(4) CORREDORES O PASILLOS										(30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO										(81) ASFIXIA																														
		(5) ESCALERAS										(40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)										(82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD																														
		(6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR										(41) HERIDA										(83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN																														
		(7) OFICINAS										(50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)										(90) LESIONES MÚLTIPLES																														
		(8) OTRAS ÁREAS COMUNES										(55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO										(99) OTRO. (Especifique)																														
		(9) OTRO. (Especifique)																																																		
PARTE DEL CUERPO AFECTADO:										AGENTE DEL ACCIDENTE:										MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE																																
		(1) CABEZA										(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS										(1) CAÍDA DE PERSONAS																														
		(1.12) OJO										(2) MEDIOS DE TRANSPORTE										(2) CAÍDA DE OBJETOS																														
		(2) CUELLO										(3) APARATOS										(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES																														
		(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)										(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS										(4) ATRAPAMIENTOS																														
		(3.32) TÓRAX										(4) MATERIALES O SUSTANCIAS										(5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO																														
		(3.33) ABDOMEN										(4.4) RADIACIONES										(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA																														
		(4) MIEMBROS SUPERIORES										(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)										(7) CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD																														
		(4.46) MANOS										(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS										(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS																														
		(5) MIEMBROS INFERIORES										(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)																																								
		(5.56) PIES										(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS										(9) OTRO. (Especifique)																														
		(6) UBICACIONES MÚLTIPLES																																																		
		(7) LESIONES GENERALES U OTRAS																																																		
V. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE																																																				
DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)																																																				
Va. RESPONSABLE DEL REPORTE																																																				
PELLIDOS Y NOMBRES COMPLETO																				DOCUMENTO DE IDENTIDAD					N°																											
CARGO																				CC					CE																											
FIRMA																				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE					D																											

VII. REGISTRO FOTOGRAFICO																
INCLUIR LAS FOTOGRAFIAS EN FORMATO JPG/PNG. O ANEXAR LAS EVIDENCIAS DEL EVENTO																
VIII. RECOLECCION DE EVIDENCIAS																
RECOPILE LA INFORMACION QUE SEA NECESARIA JUSTO DESPUES DEL EVENTO, CON EL FIN DE DETERMINAR LAS CAUSAS DEL EVENTO Y ENUNCIELA A CONTINUACION																
INFORMACION CLAVE	POSICION (Lugar Evento)		PERSONAS (Involucrados)		PARTES (Equipos, Herramientas)		DOCUMENTOS (Papeles)									
IX. METODOLOGIA DE ANALISIS DE CAUSAS																
EMPLEE UNA METODLOGIA PARA REALIZAR UNA ANALISIS ESQUEMATICO DE LAS CAUSAS DEL EVENTO: ARBOL DE CAUSAS, ESPINA DE PESCADO, 5 PORQUE ETC,																
X. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES																
DEFINA LAS CAUSAS SEGÚN LA GTC 3701 Y UBIQUE LAS QUE DETERMINÓ EN EL INCISO ANTERIOR																
CAUSAS INMEDIATAS					CAUSAS BASICAS											
CONDICION SUBESTANDAR		ACTOS SUBESTANDAR		FACTORES DE TRABAJO			FACTORES PERSONALES									
XI. MEDIDAS DE INTERVENCION																
SEÑALE LAS MEDIDAS DE CONTROL (FUENTE MEDIO Y TRABAJADOR) NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA																
CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS		TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA EMPRESA									
		FUENTE	MEDIO	PERSONA												
XII. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN																
NOMBRE		NUMERO IDENTIFICACION		CARGO		FECHA DD/MM/AA		FIRMA								
XIII. RESPONSABLE DEL INFORME																
PELLIDOS Y NOMBRES COMPLETO				DOCUMENTO DE IDENTIDAD			N°									
CARGO				CC		CE										
FIRMA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE			D	D	-	M	M	-	A	A	A	A

