INVESTIGACION ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES		
Código	Versión	Fecha
SST-F-18	1	22/02/2026

FORMATO DE INVESTIGACIÓN ACCIDENTES, INCIDENTES Y ENFERMADADES LABORALES-RESOLUCIÓN 1401 207

Accidente Mortal		Accidente Grave		Accidente	X	Incidente	

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR

Tipo de vinculación laboral	Empleador ☒	Contratante ☐	Independiente ☐

SEDE PRINCIPAL

Nombre o Razón Social	**UNION TEMPORAL PARQUES 2C**	**Tipo de identificación**					**Número**
		NI	**CC**	**CE**	**NU**	**PA**	
Dirección	Av. El Dorado 68C - 61	**Teléfono** 3214497442		**Ciudad**			
Proyecto/Obra:		**Contrato**					
Nombre (Quien reporta):		Obra/Regional		Cargo:			

2. INFORMACION DEL TRABAJADOR QUE SUFRE EL EVENTO

EPS	**Salud Total**	AFP	**Porvenir**	ARL	**Sura**

Nombres y Apellidos		Tipo de Identificación					Número
		CC	CE	PA	TI	NU	
Fecha de Nacimiento		Dirección Residencia					
Teléfono/ celular		Ciudad					
Ocupación		Cargo:					Era su trabajo habitual: Si ☐ No ☐
¿Tenía experiencia?	Si ☐ No ☐	Antigüedad en el cargo					

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE O INCIDENTE DE TRABAJO

Fecha		Hora		Día de la Semana:	
Lugar exacto donde ocurrió		Estaba realizando su labor Habitual		SI ☐	NO ☐
Jornada en que sucede	Normal ☐ Extra ☐	Total, tiempo laborado previo al evento			
¿La tarea requería permiso de trabajo?	Si ☐ No ☐	Cual			
Especifique exactamente la lesión del Trabajador					

3.1 Severidad de la Lesión

Primeros Auxilios	☐	Tratamiento Medico	☐	Trabajo Restringido	☐	Lesión Incapacitante	☐	Días Perdidos	Fatalidad	☐

3.2 Atención Médica

Atendido / Regresa al trabajo	☐	Tiempo de atención medica __ horas	Enviado a Exámenes de Diagnóstico	☐	Estadía en Hospital	☐	Enviado a Casa	☐

3.3 Tipo de Lesión					
Tipo de Lesión					
A	Fractura	**G**	Trauma Superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en el ojo por cuerpo extraño)	**M**	Efecto de la Electricidad
B	Luxación	**H**	Golpe, contusión, Aplastamiento	**N**	Efecto Nocivo Radiación
C	Torcedura, Esguince, Desgarro muscular, Hernia o laceración del musculo o tendón sin herida	**I**	Quemadura	**O**	Lesiones Múltiples
D	Conmoción/ trauma interno	**J**	Envenenamiento, Intoxicación aguda o alergia	**P**	Otro
E	Amputación o enucleación	**K**	Efecto del Tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente		
F	Herida	**L**	Asfixia		
Parte del Cuerpo Afectada					
A	Cabeza	**E**	Tórax	**I**	Miembros Inferiores
B	Ojo	**F**	Abdomen	**J**	Pies
C	Cuello	**G**	Miembros superiores	**K**	Ubicaciones Múltiples
D	Tronco (Incluye espalda, Columna vertebral, medula espinal, pelvis)	**H**	Mano	**L**	otro
Mecanismos o formas del accidente					
A	Caída de Personas	**D**	Atrapamientos	**G**	Exposición Electricidad
B	Caída de Objetos	**E**	Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	**H**	Exposición sustancias nocivas, radiaciones y salpicaduras.
C	Pisadas, choques y Golpes	**F**	Exposición temperatura extrema	**I**	Otro:
Agente del accidente (con que se lesiono el trabajador)					
A	Máquinas y o equipos	**D**	Herramientas/Implementos/utensilios	**G**	Ambiente de Trabajo (Superficies de tránsito y trabajo, muebles, tejados)
B	Medio de Transporte	**E**	Materiales/Sustancias	**H**	Otros agentes no clasificados
C	Aparatos	**F**	Radiaciones	**I**	Animales (Vivos o Productos animales)
	Otros:				
Descripción detallada del agente (Tipo, velocidades, dimensiones forma, etc.)					

4. DESCRIPCION DETALLADA DEL EVENTO.

Personas que presenciaron el Evento
(Diligencie en caso de Evento de Trabajo- Seguridad y ambiental Marque con una X)

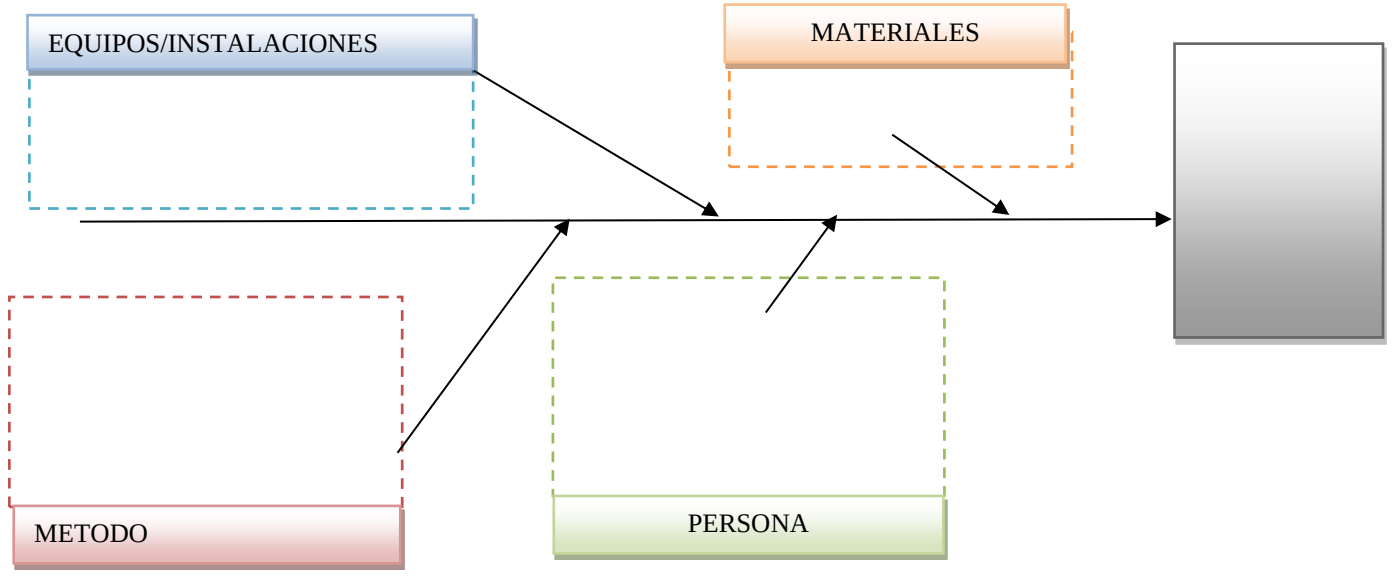
¿Hubo personas que presenciaron el Incidente? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo diligenciar la siguiente información. Anexar Versiones de Testigos por escrito.

Nombres y apellidos:	Documento de Identificación:	Cargo:
Nombres y apellidos:	Documento de Identificación:	Cargo:

Descripción detallada de los hechos

. Describa que ocurrió. Adjunte bosquejos o fotografías. Use hojas adicionales si es necesario.

5. DIAGRAMA DE ANALISIS DE CAUSALIDAD



6 resumen de Causas			
Causas Inmediatas		Causas Básicas	
Actos Subestándar	Condición Subestándar	Factores Personales	Factores del Trabajo

7. ACCIONES PREVENTIVA/CORRECTIVAS

(Diligencie en caso de Evento de Trabajo- Seguridad y Ambiental)

Ingrese las acciones Correctivas y/o Preventivas para atacar las causas inmediatas, básicas y de falta de control. Especifique Quién y Cuándo.

No	Acción	Tipo de Control			Fecha Límite	Fecha de terminación	Responsable
		F	M	T			
1.							
2.							
3.							

8. EQUIPO INVESTIGADOR

Jefe Inmediato o supervisor	
Nombres y Apellidos:	Documento de identidad:
Firma	Cargo:
Representante del COPASST	
Nombre y apellidos:	Documento de identidad:
Firma	Cargo:
Representante Legal *	
Nombre y apellidos:	Documento de identidad:
Firma	Cargo:
Responsable de SG-SST	
Nombre y apellidos:	Documento de identidad:
Firma	Cargo:
Fecha del diligenciamiento del Informe:	hora del diligenciamiento del Informe:

Nota: De acuerdo a la resolución 1401 DE 2007 los Articulo 4, ítem 9 y Articulo 14, todo accidente grave (Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva) deberá ser firmado por el representante legal del aportante o su delegado.