VIGENCIA DESDE	INVESTIGACIÓN ACCIDENTES LABORALES Y AMBIENTALES	
1-oct-24		
PAGINAS		
1 DE 1	CODIGO: GAD PR 13 F-3	VERSION: 04

INCIDENTE A LA PERSONA ___	**ACCIDENTE GRAVE** _____	**ACCIDENTE MORTAL** _____	**ACCIDENTE LEVE** _____	**INCIDENTE AMBIENTAL** ____
INCIDENTE A LA PROPIEDAD _____	**ACCIDENTE DE TRANSITO** ____			

FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL: ____ / ____ / _____ **MM/DD/AA** (Cuando se genere un accidente grave o mortal)	**FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA:** ____ / ____ / _____ **MM/DD/AA** (Cuando se genere un accidente grave o mortal)

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO ARL

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO:		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL
SEGURO SOCIAL	SI ☐ NO ☐ CUÁL	

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR ☐ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		**CÓDIGO**	

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	**NÚMERO**
	NI ☐ CC ☐ CE ☐ N.U ☐ PA ☐	

DIRECCIÓN	**TELÉFONO**	

CORREO ELECTRÓNICO	**DEPARTAMENTO**	**MUNICIPIO**	**ZONA**
			U ☐ R ☐

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL?	SI ☐	NO ☐	**SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		**CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO**	

DIRECCIÓN	**TELÉFONO**	**FAX**

DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**ZONA**
		U ☐ R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA

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 ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐		11/10/1973	M ☐ F ☑

DIRECCIÓN	**TELÉFONO**	

DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**ZONA**	**CARGO**
		U ☐ R ☐	

OCUPACIÓN HABITUAL		**TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE**	M M D D

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	**SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)**	**JORNADA DE TRABAJO HABITUAL**
D D M M A A A A		(1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL INCIDENTE	**HORA DEL INCIDENTE (0-23 HRS)**	**DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE**
D D M M A A A A	H H M M	LU ☐ MA ☐ MI ☐ JU ☐ VI ☐ SA ☐ DO ☐

JORNADA EN QUE SUCEDE	**ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?**		**CÓDIGO**
(1) NORMAL ☐ (2) EXTRA ☐	(1) SI ☐	(2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo)	

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	H H M M	**TIPO DE INCIDENTE**
		(1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☐

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	**DEPARTAMENTO DEL INCIDENTE**	FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA	**MUNICIPIO DEL INCIDENTE**	ZONA DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE
(1) SI ☐ (2) NO ☐				U ☐ R ☐

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL INCIDETE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)

- ☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
- ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS
- ☐ (5) ESCALERAS
- ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- ☐ (7) OFICINAS
- ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- ☐ (9) OTRO. (Especifique)

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

- ☐ (10) FRACTURA
- ☐ (20) LUXACIÓN
- ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
- ☐ (41) HERIDA
- ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- ☐ (60) QUEMADURA
- ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- ☐ (81) ASFIXIA
- ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES
- ☐ (99) OTRO. (Especifique)

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:

- ☐ CABEZA
- ☐ OJO
- ☐ CUELLO
- ☐ TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
- ☐ TÓRAX
- ☐ ABDOMEN
- ☐ MIEMBROS SUPERIORES
- ☐ MANOS
- ☐ MIEMBROS INFERIORES
- ☐ PIES
- ☐ UBICACIONES MÚLTIPLES
- ☐ LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- ☐ MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- ☐ MEDIOS DE TRANSPORTE
- ☐ APARATOS
- ☐ HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- ☐ MATERIALES O SUSTANCIAS
- ☐ RADIACIONES
- ☐ AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- ☐ OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- ☐ ANIMALES (Vivos o productos animales)
- ☐ AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

- ☐ CAÍDA DE PERSONAS
- ☐ CAÍDA DE OBJETOS
- ☐ PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- ☐ ATRAPAMIENTOS
- ☐ SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
- ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
- ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
- ☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
- ☐ OTRO. (Especifique)

CUAL?

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL INCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ
(Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

Siendo las 10:00 am del día lunes 03 febrero de 2025 la colaboradora María Isabel Castiblanco Suarez Auxiliar de Servicios Generales, se encontraba realizando sus labores de limpieza en la oficina principal de VELNEC S.A; cuando se disponía a aspirar la sala de juntas realiza una actividad insegura (correr la aspiradora con el pie), no se percata que el cable de la aspiradora se encuentra enrollado en el piso se enreda-tropieza y cae de su propia altura, apoyada de sus miembros inferiores (rodillas) y miembros superiores (el brazo izquierdo queda bajo el tronco y el brazo derecho sosteniendo con la mano el peso del cuerpo).
Se realiza la atención desde la brigada de emergencias de la oficina.
Se remite a la colaboradora a la IPS más cercana.

V. PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL INCIDENTE?	SI	☐	NO	☐	EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:						
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										
	CC	☐	CE	☐	N.U	☐	TI	☐	PA	☐	
CARGO	No:										
DECLARACIÓN	FIRMA:										
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										
	CC	☐	CE	☐	N.U	☐	TI	☐	PA	☐	
CARGO	No:										
DECLARACIÓN	FIRMA:										

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD										
	CC	☐	CE	☐	N.U	☐	TI	☐	PA	☐	
CARGO	No.										
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL INCIDENTE										
	D	D		M	M		A	A	A	A	

VI. EN CASO DE SINIESTRO VIAL, DILIGENCIE LA SIGUIENTE SECCIÓN

FACTOR HUMANO		FACTOR VEHICULO		FACTOR INFRAESTRUCTURA		TIPO DE ACCIDENTE		UBICACIÓN DEL ACCIDENTE		OTRO
No respeta señales de transito	☐	Mantenimiento deficiente	☐	Pavimento en mal estado	☐	Vehículo/Vehículo	☐	Intersección	☐	
Exceso de velocidad	☐	Vehiculo con exceso de carga	☐	Carretera resbaloza	☐	Vehículo/Peatón	☐	Curva	☐	
No conserva distancias	☐	Falla de frenos	☐	Falta de señales de tráfico	☐	Vehículo / Animal	☐	Recta	☐	
Estado de embriaguez	☐	Retrovisor en mal estado	☐	Superficies deterioradas, baches	☐	Vehículo / Objetos	☐	Estacionamiento	☐	
Exceso de confianza	☐	Pito en mal estado	☐	Ausencia de pasos peatonales	☐	Colisión trasera	☐	Zona urbana	☐	
Conducción agresiva	☐	Problemas en la dirección	☐	Ausencia de carriles para bicicletas	☐	Parte de Frontal	☐	Zona rural	☐	
Perdida de reflejos	☐	Falta de sistema de seguridad	☐	Iluminación deficiente	☐	Colisión Lateral	☐	Pendiente pronunciada	☐	
Distractores	☐	Problemas mecánicos no resueltos	☐	Falta de barreras de seguridad	☐	Colisión múltiple	☐	Puente o túnel	☐	
Fatiga	☐	Falla sistema electrico	☐	Intersecciones con visibilidad limitada	☐	Vuelco	☐	Zona de carga o descarga	☐	

VII. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (HSE, JEFE INMEDIATO Y VIGIA)

VIII. DIBUJO O FOTOS (ANEXAR)

IX. ANALISIS DE LAS CAUSAS (Árbol de causas, espina de pescado o cinco Por que's)

X. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES

XI. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			SI	NO	

XII. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE	CARGO	FECHA DD/MM/AA	HORA __ /__	FIRMA DOC IDENTIF	
COSTOS DEL INCIDENTE:	En la Persona $	En el Ambiente $ 0	En la Propiedad $ 0	Otro	

REPRESENTANTE LEGAL Y/O SUPLENTE	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

TRABAJADOR ACCIDENTADO	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION